47 2

100 Fälle von Ovariotomieen

aus der

gynäkologischen Universitäts-Klinik zu Königsberg

(in der Zeit vom 1. Mai 1883 bis 30. März 1889).

Inaugural-Dissertation

der

medicinischen Facultät zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt und öffentlich vertheidigt

am 3. Mai 1889, Mittags 12 Uhr

von

Bernhard Dobczynski,

pract. Arzt.

Opponenten:

Eugen Krebs, cand. med.

Oscar Weidmann, cand. med.

Königsberg in Pr.

Druck von M. Liedtke, Bergplatz 7.

1889.

Seinem hochverehrten Lehrer

dem Geh. Medizinalrath

Herrn Professor Dr. Dohrn

in Dankbarkeit gewidmet

vom

Verfasser.

Ueber die segensreichen Erfolge, welche in Deutschland durch die Ovariotomie während der letzten beiden Decennien erzielt worden sind, ist uns von mehreren gynäkologischen Kliniken durch statistische Zusammenstellungen Kunde gegeben worden. Fast von Jahr zu Jahr sind die Heilresultate bessere geworden und so wie heute die Prognose von dieser Operation sich stellt, darf der gynäkologische Operateur einer Cystenkranken mit hoher Wahrscheinlichkeit die rasche operative Heilung von ihrem Leiden, welches sie sonst rettungslos dem Tode entgegenführen würde, in Aussicht stellen — ein gewaltiger Fortschritt, wenn man bedenkt, dass vor 25 Jahren die Ovariotomie bei der Mehrzahl der Fachgenossen noch als ein Wagnis galt, dessen Gelingen man nicht mit nur einiger Wahrscheinlichkeit vorauszubestimmen vermöchte. —

Auch in der Königsberger gynäkologischen Universitätsklinik ist während der letzten Jahre im Vertrauen auf die unter Antiseptik zu erzielenden Heil-

resultate oft zur Laparotomie geschritten worden und ich gebe in Folgendem eine Zusammenstellung von 100 Ovariotomieen, Cystenoperationen, welche in der Zeit vom 1. Mai 1883 bis zum 30. März 1889 zur Operation gekommen sind. Diese Fälle habe ich zusammengestellt in der Reihenfolge, wie sie zur Beobachtung gekommen sind, Operationen fester Tumoren und Operationen von Cystengeschwülsten nicht ovariellen Ursprungs sind von der Aufnahme in diese Reihenübersicht ausgeschlossen worden.

Sämmtliche Operationen wurden von Herrn Prof. Dohrn in der Frauenklinik ausgeführt. Leider fehlt diesem Gebäude ein besonderer Operationsraum; bei der Entwerfung des Planes ist, obwohl derselbe schon in die 70er Jahre dieses Jahrhunderts fällt, keine Rücksicht auf die grosse Ausdehnung genommen worden, welche die operative Gynäkologie neuerdings genommen hat. So hat denn für alle in der Klinik ausgeführten Laparotomieen ein eigentlich als Krankenzimmer bestimmter und in der Mitte von anderen Krankenzimmer belegener Raum verwandt werden müssen, welcher jedesmal nur mit Aufbietung von vieler Mühe und Zeit so weit hergerichtet werden konnte, dass er einigermassen den Anforderungen eines salubren Operationssaales entsprach.

Zu diesem Zwecke wird das Zimmer einige Tage vor der Operation geschwefelt; sodann werden Wände und Fussboden sowie die im Zimmer befindlichen waschbaren Gegenstände mit 3% Carbolsäure abgescheuert, endlich wird zur Desinfection der Luft am Tage vor der Operation der mit 5% Carbolsäure gefüllte Spray

2—3 Stunden in Thätigkeit gesetzt. Am Tage der Operation selbst geht der Spray $^1/_2$ Stunde vor der Operation und in einzelnen Fällen auch während derselben, ohne jedoch aufs Operationsfeld selbst gerichtet zu sein. — Gleich strenge antiseptische Vorsichtsmassregeln, wie für das Operationszimmer, werden auch für die Instrumente, Schwämme, Nähmaterial getroffen. Die ersteren (ein eigenes Bestek) werden nach jeder Operation gekocht, dann zum Instrumentenmacher zum Schleifen und Reinigen geschickt und $^1/_2$ Stunde vor der Operation in 5% Carbolsäurelösung gelegt. Zum Reinigen der Wundränder sowie zum ev. Aufsaugen von Flüssigkeit aus dem Abdomen werden nur Schwämme verwandt. Dieselben werden nach dem jedesmaligen Gebrauch in Salzsäure und Soda (je 500 gr auf 20 l Wasser) gewaschen und bis zur nächsten Operation in 5% Carbolsäure aufbewahrt. Als Näh- und Unterbindungsmaterial wird hauptsächlich Sublimatiat gut angewandt, während zur Umschnürung des Stiels der Geschwulst seit November 83 die Gummiligatur mit Bleiklammer verwandt wird. Operateur, Assistenten und Zuschauer, von denen durchschnittlich 2 zur Operation hinzugezogen werden, dürfen in den letzten 24 Stunden mit keinerlei infectiösen Stoffen oder Kranken in Berührung gekommen sein. Operateur und Assistenten nehmen vor der Operation ein Bad. Zum Reinigen und Desinficieren der Hände dient nächst warmen Wasser, Seife und Bürste, 5% Carbolsäure und 1‰ Sublimat. Bei der Operation betheiligt sind ausser dem Operateur 1 Assistent zur unmittelbaren Hilfe bei der Operation; er besorgt die

Reinigung der Schnittränder, den Schutz der Därme vor Vorfall, die Fixation des Tumors bei Anlegung der Gummiligatur, die Adaptation der Wundränder bei der Naht u. ähnl.; ausser diesem Assistenten sorgt ein zweiter für die Zureichung der Instrumente ein dritter (Wärterin) für das Zureichen der Schwämme, während ein vierter die Narcose unter sich hat; sind Zuschauer zugegen, so übernimmt einer die Beobachtung des Pulses der Patientin. Für die Schnelligkeit des Opirirens von Wichtigkeit ist es, dass stets denselben Assistenten dieselbe Function zufällt. — Die Kranke selbst hat in den Tagen vor der Operation gründlich abgeführt und ist inzwischen einige Male gebadet worden; am Tage der Operation wird sie noch einmal gebadet, mit reiner Wäsche versehen und unmittelbar vor der Operation werden die Bauchdecken gründlich mit Seife und Bürste gereinigt, rasirt und mit Sublimat abgespült. — Nach der Operation wird die Schnittwunde mit Jodoform bestreut, mit einem leinenen Läppchen bedeckt, ein Watte-Compressivverband angelegt und die Kranke in ein bereitstehendes Bett gehoben. Sie erhält nun vorläufig nur kleine Eisstückchen und etwas Wein; lässt sich ein auftretendes Erbrechen so nicht genügend bekämpfen, so pflegt in den meisten Fällen ein Opiumsuppositorium Abhilfe zu verschaffen. Gewöhnlich schlafen die Patienten darnach gut und fühlen sich verhältnissmässig wohl. Durchschnittlich am 7. Tage wird durch ein mildes Abführungsmittel und ein kaltes Klysma für Stuhlgang gesorgt; am 8. Tage wird der Verband entfernt und bei reactionsloser Heilung mit einem Heftpflasterstreifen

vertauscht und durchschnittlich am 14. Tage p Op. steht die Kranke auf und verlässt einige Tage später die Klinik.

Ich habe diese kurzen Angaben über Vorbereitung und Nachbehandlung vorausgeschickt, einmal um die in hiesiger Klinik befolgten Regeln der Antiseptik mitzutheilen, dann aber um bei den folgenden Krankengeschichten über Operation und Wundverlauf in den weitaus meisten Fällen kurz hinweggehen zu können. Auch Anamnese und Status gedenke ich nur in den ersten, sowie in den ad exitum gekommenen Fällen oder solchen etwas länger zu geben, die durch irgend welche Complication ein grösseres Interesse beanspruchen dürfen: während ich mich in den anderen Fällen auf kürzere Angaben zu beschränken gedenke.

1. J. Sch., 18 J. Rechtsseitige multiloculäre Cystengeschwulst; Heilung ohne Fieber.

Aufg. 30./4. 1883. Patientin, die als Kind stets gesund gewesen, wurde seit ihrem 17. Lebensjahre in regelmässigen, vierwöchentlichen Intervallen menstruirt. Seit einigen Monaten treten die Menstrualblutungen postponirend anf und sind geringer als früher. Dabei leidet Pat. seit ungefähr 1 Jahr an Schmerzen im abdomen, für welche anfangs keine Veranlassung nachweisbar war; erst im Juni vorigen Jahres zeigte sich in der rechten Seite des Unterleibes eine Anschwellung, die seitdem stetig zugegenommen hat. —

Status: Das Abdomen der Pat. ist stark ausgedehnt bei normaler unveränderter Hautdecke. Bei der Palpation fühlt man deutlich eine feste Resistenz von der Symphyse aufwärts bis etwa 15 cm oberhalb des Nabels; über der resistenten Stelle ist die Haut leicht verschiebbar. In diesem Teile des abdomens deutliche Fluctuation und bei der Percussion absolute Dämpfung, während im Epigastrium und den seitlichen Partheen des Unterleibes tympanitischer Schall vorhanden ist. Eine Messung des Leibes ergiebt für den Umfang in Nabelhöhe 89 cm; für die Entfernung von der Symphyse bis zum Nabel 21 cm, von der Symphyse bis zum oberen Rand des tumors 33 cm. —

Bei der inneren Untersuchung zeigt sich der Uterus stark nach vorne gedrängt, dabei aber gut beweglich. — Bei einer Punction des abdomens werden 4500 ccm einer grünlich gelben Flüssigkeit entleert. Dieselbe zeigt nur wenig morphologische

Elemente. Nach der Punction, die in der linea alba, in der Mitte zwischen Symphyse und Nabel ausgeführt wurde, fühlt man rechterseits im abdomen deutlich einen grösseren Tumor und neben diesem verschiedene kleinere höckerige Prominenzen.

Diagnose: Cystoma ovarii.

Am 6./4. wird die Ovariotomie ausgeführt. Nach den üblichen Vorbereitungen wird unter den gewöhnlichen Cantelen ein ca. 15 cm langer Schnitt in der linea alba gemacht. Nach Durchtrennung des Peritoneums tritt sofort die Cyste zu tage. Mittels des Spencer Well'schen Trockarts wird der Inhalt derselben entleert, bis es gelingt, die nunmehr stark collabirte Cyste durch die Schnittöffnung über die Bauchdecken herauszuhebeln. Da die Cystenwand nirgends den anliegenden Organen adhärirt, gelingt dies leicht. Der ganze Tumor hängt an einem langen dünnen Stiel, der durch 2 Fäden in 2 gesonderten Parthieen unterbunden wird. Da jedoch die Legatur nicht genügende Sicherheit zu bieten schien, wird der Stiel noch einmal in toto mittels einer starken Seidenligatur umschnürt, dann durchtrennt und da sich keine Blutung zeigt, der Stumpf versenkt. 5 tiefe und eine entsprechende Anzahl oberflächlicher Suturen schliessen die Bauchwunde.

Am 15./5. wurden, nachdem nur einmal, am Abend des 3. Tages die Temperatur über 38° gestiegen, die Suturen entfernt, und da überall die Wunde per primam geheilt, wird ein Heftpflasterverband angelegt, der am 30./5. bei der Entlassung der Pat. erneuert wird.

Pathol. anat. Diagnose: Cystoma ovarii glandulare.

2. N. N., 14 J. Rechtsseitige Ovarialcyste (Tuberculosis), glatte Heilung.

Die Eltern der 14jährigen Patientin leben und sind anscheinend gesund; doch soll die Mutter des Mädchens von dem Verdacht einer bestehenden Tuberculosis pulmonum nicht ganz frei zu sprechen sein. Vor 7—8 Jahren will Pat. einmal an Nierenwassersucht gelitten haben, sonst aber stets gesund gewesen sein. Seit 2 Jahren ist sie stets regelmässig menstruirt. Ebenfalls vor 2 Jahren bemerkte sie zuerst, dass der Leib „hart" wurde. Allmählig dehnte sich derselbe immer stärker aus und zwar, wie sich zeigte, infolge einer Geschwulst, die grosse Beweglichkeit dargeboten haben soll. Das Wachstum derselben war ein gleichmässiges. Fieber oder Frösteln will Pat. nie empfunden haben und fühlte sich auch sonst wohl.

Status: Gesichtsfarbe frisch; Ernährungszustand entsprechend.

Pulmones und cor bieten keinerlei Abnormitäten, ebensowenig der tractus digestionis und uropoeticus; keine Oedeme. Abdomen mässig ausgedehnt durch einen um 3 cm den Nabel überragenden Tumor, dessen Kuppe und vordere Fläche sich glatt anfühlt und das Gefühl der Fluctuation darbietet; nirgends erhält man, wenn man die Bauchdecken hin und her zu schieben sucht das Gefühl von Crepitation. Eine Deviation der Tumors nach rechts oder links nicht nachweisbar; Mobilität gering. — Die am 20./5. vorgenommene Probepunktion entleert ca. 1000 ccm einer grünlichen opalescierenden Flüssigkeit; dieselbe reagirt alkalisch; spec. Gew. 1015, zeigt auf Zusatz von absolutem Alkohol Fadenziehen (Paralbumin); bei mikroskopischer Untersuchung spärliche Formelemente von epithelialem Aussehen.

Diagnose: rechtsseitige Ovarialcyste:

Am 26./5. Ovariotomie: 3 flächenhafte gefässarme Verwachsungen werden stumpf gelöst. Nach der Punction des Tumors gelingt das Herausziehen desselben leicht; der Stiel ist kurz, breit und gefässreich und senkt sich nach rechts ins kleine Becken; er wird unterbunden durchtrennt und der Stumpf versenkt. Nachdem man nach Entfernung des Tumors das Peritoneum und die Darmschlingen deutlich zu Gesicht bekommen, constatiert man, dass das Bauchfell an vielen Stellen mit kleinen gelblich weissen Knötchen besetzt und in toto etwas stärker als normal gerötet und getrübt ist. — Der weitere Krankheitsverlauf war ein durchaus normaler, so dass Pat. am 4. Juni die Klinik verlassen honnte.

Pathol. anat. Diagnose: Tuberculosis ovarii. — Der Fall ist von Herrn Prof. Baumgarten im Archiv für pathol. Anatomie Band XCVII, Heft 1 ausführlich mitgeteilt und erläutert. Siehe auch Schluss dieser Arbeit.

3. C. G., 33 J. Rechtsseitige uniloculäre Ovarialcyste mit mässigen Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufg. 5./6. 1883. Patientin ist bisher stets gesung gewesen. In 6jähriger Ehe hat sie 3 Entbindungen durchgemacht, die letzte am 8./8. 82; sämmtliche Entbindungen und Wochenbetten waren normal verlaufen. Während der letzten Schwangerschaft fiel der Pat. auf, dass ihr Leib weit stärker ausgedehnt sei, als dies bei den früheren Schwangerschaften der Fall gewesen, sowie dass sie mehr an Schmerzen, besonders rechterseits zu leiden hatte. Nach erfolgter Entbindung constatirte zuerst die anwesende Hebeamme, dann ein hinzugerufener Arzt neben dem Uterus eine

Geschwulst und riet der Letztere der Pat. zur Operation, zu welcher sie sich erst jetzt entschliessen konnte, nachdem zu wiederholten Malen starke Schmerzen im abdomen aufgetreten waren, die die Pat. ans Bett fesselten. Ausserdem war der Stuhlgang retardiert, die Urinentleerung bisweilen erschwert. Die Menstruation ist seit dem letzten Wochenbett noch nicht wiedergekehrt.

Status: Das Abdomen der im übrigen gesunden Pat. ist stark ausgedehnt mit ziemlich straff gespannten Hautdecken. Im Abdomen findet man einen grossen Tumor, über welchem der Percussionsschall gedämpft ist; dessen Kuppe bis etwa 1 Querfinger breit unter dem proc. xiphoid. hinaufragt. Die Oberfläche des Tumors erscheint überall glatt; nirgends sind Einkerbungen oder Prominenzen zu constatieren; Fluctuationen über den ganzen Tumor sich fortpflanzend zu fühlen. Die Haut über dem Tumor ist verschieblich, lässt sich links tiefer eindrücken als rechts, so dass also der Tumor nach rechts abgewichen scheint. Die Entfernung von der Symphyse bis zum Nabel beträgt 21, von der Symphyse bis zur Kuppe des Tumors 42 cm; der Leibesumfang in Nabelhöhe 101 cm. Die interne Untersuchung ergiebt nichts besonderes. — Durch eine am Tage der Aufnahme der Pat. vorgenommene Punktion des Tumors werden 10 Lit. einer ziemlich trüben grünlich schillernden Flüssigkeit vom spec. Gew. 1022 entleert. Dieselbe reagirt alkalisch, und zeigt die Reaction auf Paralbumin. Die mikroscopische Untersuchung lässt wenig rothe Blutkörperchen, spärlich epithelialen Detritus und Fetttröpfchen erkennen. Cholestearinkrystalle sind nicht aufzufinden. — Klin. Diagnose: miloculäre rechtsseitige Overialcyste. —

Die am 9./6. ausgeführte Ovariotomie ging glatt von statten: eine zwischen Cystensack und vorderer Bauchwand bestehende Adhäsion wurde nach doppelter Unterbindung scharf durchtrennt und sodann der ganze Tumor, dessen breiter dünner Stiel ins rechte Parametrium führte, nach Unterbindung dieses mittels 2 starker Seidenfäden, exstirpirt und der Stumpf versenkt. — Die Heilung verlief ziemlich glatt, so dass Pat. am 26./7. geheilt die Klinik verlassen konnte.

M. K., 50 J. Linksseitige multiloculäre Cystengeschwulst; glatte Heilung.

Aufg. 20/6. 1883. Patientin ist als Kind vielfach kränklich gewesen. Seit 2 Jahren cessiren die Menses; ungefähr um dieselbe Zeit will sie die ersten unbestimmten Beschwerden, namentlich gastrische Störungen bemerkt haben;

erst Ende vorigen Jahres wurde sie von ihren Angehörigen darauf aufmerksam gemacht, dass ihr der Leib anschwoll und bemerkte Pat. nun bei genauer Controlle, dass von links her aus dem Becken eine Geschwulst allmählich aufstieg, ohne ihr wesentliche Beschwerden zu verursachen. Stuhlgang erst in allerletzter Zeit etwas retardirt Urinentleerung, abgesehen von mässigem Harndrang, normal!

Status: Das Abdomen der im übrigen gesunden Pat. ist kuglich aufgetrieben; der Nabel etwas vorgewölbt; die linea alba leicht verfärbt; die Venen der Bauchdecken ziemlich stark hervorstehend. Im Abdomen fühlt man einen Tumor von der Grösse eines 7 monatlichen uterus gravidus; der Tumor liegt nach links hinüber, seine Oberfläche ist völlig glatt, Fluctuation in ihm deutlich, die Bauchdecken über ihm verschieblich; der Percussionsschall über dem Tumor gedämpft, bei der Auscultation hört man den von Aorta fortgeleiteten Pulsschlag. Die Entfernung von der Symphyse bis zum Nabel beträgt 22 cm bis zur Kuppe des Tumors 28 cm; die grösste Circumferenz des abdomens beträgt, 2 fingerbreit unterhalb des Nabels gemessen, 91 cm. — Intern fühl man vom Tumor nichts. — Durch eine am 21./6. vorgenomme Probepunktion werden ca. 1500 ccm einer leicht getrübten gelblichen Flüssigkeit entleert; dieselbe hat das specifische Gewicht 1017, reagirt alkalisch, zeigt die Paralbuminreaction, mikroskopisch findet man spärlich zerfallene Epithelien und einzelne Fetttröpfchen. — Klinische Diagnose: Linksseitige Ovarialcyste. — Am 24./6. wird die Ovariotomie vorgenommen; bei derselben fliesst eiwas Cysteninhalt in die Bauchhöhle und wird mittels gestielter Schwämme aufgesogen. Der kurze dünne Stiel, welcher nach dem linken Parametrium führt, wird mittels 2 starker Seidenfäden unterbunden, durchtrennt und der Stumpf versenkt. — Im Verlauf der Heilung stieg die Temperatur 1 mal, am Abend des 2. Tages p. op. auf 31,1 sonst blieb dieselbe vollkommen normal; die Bauchwunde heilte per primam und konnte Pat. am 12./7. gesund entlassen werden. — anat. Diagnose: Cystoma ovarii multiloculare. —

5. W. D. 33 J. Linksseitige Ovarialcyste (Sarcoma alveolare in einer Ovarialcyste) glatte Heilung, zum 2. Mal operirt. —

Aufg. 27./7. Patientin ist als Kind immer gesund gewesen. Im Alter von 25 Jahren ist sie in hiesiger Klinik einmal laparotomiert. Es handelte sich damals um 1 Tumor, der seit etwa 4 Jahren bestanden hatte und dessen oberer Rand bis etwa 13 cm

über den Nabel hinaufreichte. Bei der Operation zeigte sich, dass die Cyste mit etwa handbreitem Stiel dem Uterus dicht ansass; derselbe liess sich jedoch gut unterbinden und der Tumor in toto trotz vieler Adhäsionen exstirpiren. Die Operirte konnte am 27./7. 1875 genesen die Klinik verlassen. 3 Jahre später heiratete sie und hat in nunmehr 5jähriger Ehe 2 normale Entbindungen durchgemacht. Seit der letzten Niederkunft, vor 3 Jahren ist Pat. nicht mehr menstruirt. Vor ca. $1^3/_4$ Jahr bemerkte sie zum ersten Mal einen kleinen Geschwulst im Leibe, die seitdem mehr und mehr gewachsen ist, ohne freilich besondere Beschwerden zu verursachen. — Status: Im abdomen der im übrigen gesunden fühlt man einen etwa kindeskopfgrossen, leicht höckerigen, undeutlich fluctuirenden Tumor, der aus dem kleinen Becken aufsteigt. Bei der inneren Untersuchung findet man den etwas vergrösserten Uterus nach rechts gedrängt, während man links von ihm den von aussen fühlbaren Tumor constatirt. — Klin. Diagnose: Linksseitige Ovarialcyste. — Am 30. 7. wird die Ovariotomie in üblicher Weise ausgeführt. Der Tumor ist leicht beweglich, sein Inhalt zäh, klebrig, stark sauguinolent; der von links herkommende Stiel lässt sich bequem unterbinden. Beim Herausnehmen des Tumors kommt der Uterus zu Gesicht, der zwei kirschgrosse, knollige Prominenzen zeigt. — Der Wundverlauf war ein vollkommen glatter, so dass Pat. am 18./7. entlassen werden konnte. anat. Diagnose: Sarcoma alveolare in einer Ovarialcyste. —

6. M. N. 48. J. Linksseitige Ovarialcyste mit zahlreichen Avhäsionen, Fieber am 6. Tage der Heilung; sonst glatter Verlauf.

Aufg. 18./7. 1883. Pat. will bis vor $2^1/_2$ Jarhen immer gesund gewesen sein. Seit genannter Zeit bemerkte sie eine allmählig wachsenne Geschwulst im Leibe, ohne dass dieselbe ihr wesentliche Beschwerden gemacht hätte, doch giebt Pat. an in letzter Zeit erheblich abgemagert zu sein. — Status: Im Abdomen der Pat. findet man einen Tumor, dessen oberer Rand 50 cm über der Symphyse 25 cm oberhalb des Nabels steht. Der grösste Leibesumfang, in Nabelhöhe beträgt 104 cm. Durch eine Punction werden $7^1/_2$ Liter characteristischen Overialcysteninhalts entleert. — Klin. Diagnose: Overialcyste. — Am 22. 7. wird die Overiotomie ausgeführt. Dieselbe ging trotz vielfacher Adhäsionen zwischen Cystenwand und anliegenden Organen glatt von statten. Der Stiel der Geschwulst führte nach dem linken Parametrium. —

Nachdem anfangs der Wundverlauf ein vollkommen normaler gewesen, trat plötzlich am 6. Tage p. op. ein Schüttelfrost mit nachfolgender Hitze und Schweiss auf, auch in den nächsten Tagen wiederholte sich dieser Anfall und verschwand erst nach mehrfachem Gebrauch starker Chinindosen. Am 10./11. wurde Pat. entlassen. —

7. R. B., 49 J. Linksseitige Ovarialcysse, glatter Verlauf. —

Aufg. 3./8. 1883. Patienten ist bis vor 1 Jahr stets gesund gewesen; seit dieser Zeit leidet sie an einer allmählig zunehmenden Anschwellung des Leibes. Sie hat 9 normale Entbindungen und Wochenbetten durchgemacht. — Status: Im abdomen der im übrigen gesunden Pat. findet man einen Tumor, der vom kleinen Becken aufsteigend nach links bis unter den linken Rippenbogen sich erstreckt, diesen noch etwas emporhebend. Leibesumfang in Nabelhöhe 87 cm, die Entfernung von der Symphyse bis zum Nabel 19, bis zur Tumorkuppe 30 cm; nach vorhergegangener Punktion wird die Diagnose Overialcyste gestellt und am 7./8. die Ovariotomie ausgeführt, welche ohne Schwierigkeiten glatt von statten ging; der kurze dünne Stiel führte nach dem Parametrium. — Der weitere Krankheitsverlauf war ohne jede Störung, so dass Pat. am 3./9. die Klinik gesund verlassen konnte. Die anat. Diagnose bestätigt die klinische. —

8. R. G., 24 J. Rechtsseitige Dermoidcyste complizirt durch Gravidität im 4. Monat, glatte Heilung.

Aufg. 22./8. 1883. Patientin, die bis vor 2 Jahren immer gesund gewesen, litt seit dieser Zeit an unbestimmten Beschwerden, bis sie im Dezember vorigen Jahres zum ersten Male deutlich eine Geschwulst in der rechten Seite des Unterleibes bemerkte, welche seitdem gleichmässig gewachsen ist, ohne der Pat. bestimmte stärkere Beschwerden, abgesehen von zeitweiligem Erbrechen nach den Mahlzeiten, zu bereiten. — Status: Das abdomen der im übrigen gesunden Frau ist durch einen Tumor aufgetrieben der, hauptsächlich rechts gelegen, nach allen Richtungen leicht beweglich ist. Leibesumfang in Nabelhöhe 85 cm, Entfernung von der Symphyse bis zur Kuppe des Tumors 23 cm. Eine Probepunktion ergiebt wenige Tropfen einer gelblich weissen Flüssigkeit, die sich mikroskopisch als Dermoidcysteninhalt erweist, worauf infolge dessen auch die klin. Diagnose gestellt wird. — Die am 27./8. vorgenommene Ovariotomie verlief glatt, ohne die ge-

ringsten Schwierigkeiten, der lange dünne Stiel führte nach dem rechten Parametrium. — Die Heilung verlief ohne die geringste Störung; beim 2. Verbandwechsel am 11./10. constatirte man oberhalb der Symphyse einen Tumor, der sich bei der combinirten Untersuchung als uterus gravidus im 10 Monat erwies, womit auch die Anamnese übereinstimmte (letzte Menstruation Ende Mai). Wehen waren keine aufgetreten. Im Dezember erschien Pat. wiederum in der Klinik und wurde am 23./12. von einem Kinde, das freilich höchstens 30 Wochen alt war, entbunden; Entbindung und Wochenbett verliefen normal. —

9. M. H., 26 J. Linksseitige Ovarialcyste; glatte Heilung. —

Aufg. 17./9. 1883. Patientin erkrankte vor 2 Jahren unter Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes, welche unter ärztlicher Behandlung zwar nachliessen, jedoch niemals völlig verschwanden. Seit dem Frühjahr dieses Jahres bemerkte Pat. die jetzt bestehende Geschwulst, welch seitdem gleichmässig gewachsen ist, ohne ihr besondere Beschwerden zu verursachen. — Die genaue Untersuchung gestützt durch das Ergebnis einer Probepunktion liess eine Overialcyste diagnosticieren. Am 20./9. wird dieselbe exstirpirt. Der Stiel der Geschwulst führte nach dem linken Parametrium; die Operation verlief ohne die geringste Störung und ebenso war der weitere Krankheitsverlauf vollkommen normal, so dass Pat. am 8./10. geheilt entlassen werden konnte. —

10. E. F., 26 J. Linksseitige Ovarialcyste ohne Adhäsionen unvollständige Exstirpation. Heilung mit Fieber. —

Aufg. 21./11. 1883. Patientin ist bis auf ihr jetziges Leiden stets gesund gewesen Die Anfangszeit des letzteren vermag sie nicht anzugeben. Schon mehrere Jahre hindurch soll ihr Leib auffallend geschwollen gewesen sein, doch will sie erst im Mai d. J. eine deutliche Geschwulst im Unterleibe, von links her aufsteigend, bemerkt haben. — Status: Im abdomen der Pat. fühlt man einen mässig mobilen, nur undeutlich fluctuirenden Tumor, der vom kleinen Becken bis zur Höhe des Nabels, aufsteigt. Intern fühlt man denselben dem Vaginalgewölbe aufliegend und hauptsächlich die linke Beckenhälfte einnehmend Eine Probepunktion entleert ca. 500 gr eines schwarzroten Fluidums, makroskopisch dem Inhalt einer Hämatometra gleich: mikroskopisch rote Blutkörperchen, eine krümliche Zwischenmasse enthaltend;

keine Epithelien, keine Krystalle. Am 23./9. stellten sich die Menses ein, welche am 29. cessirten. Inzwischen hatte sich der Cystensack bedeutend stärker gefüllt. Da die Möglichkeit eines rudimentären Nebenhornes des Uterus nicht ganz ausgeschlossen war, wird der Tumor noch einmal per rectum untersucht und darnach die Diagnose: cystischer Tumor im linken Parametrium gestellt, und am 8./12. zur Operation geschritten. Da der Stiel sehr kurz und breit war und es unmöglich war, so weit als erforderlich in die Tiefe vorzudringen, so musste von dem Versuch die Cyste vollständig zu exstirpiren Abstand genommen werden. — Es wird deshalb möglichst tief am Cystensack eine Gummiligatur mit Plombenverschluss angelegt und der darüber gelegene Teil exstirpirt. — Die Heilung ging in diesen Fall nicht so ganz glatt von statten. Pat. hatte wiederholt Temperaturen von 40° verbunden mit Tympanites und Schmerzhaftigkeit des Abdomens; erst am 14./1. 1884 konnte sie entlassen werden und ergab die interne Exploration einen ca. taubeneigrossen Tumor im rechten Parametrium. — Anat. Diagnose: Cystom mit hämorrhagischer Cystenwand. —

11. M. P., 31 J. Uniloculäre Overialcyste, Heilungs-Verlauf durch eine Cystitis und oberflächliche Eiterung gestört. —

Aufg. 26./1. 1884. Pat. ist bis vor 1 Jahr stets gesund gewesen. Damals fühlte sie zuerst eine Geschwulst im Unterleibe, die seitdem gleichmässig zugenommen hat. Die Untersuchung ergiebt einen Tumor in abdomine, dessen Kuppe 37 cm von der Symphyse entfernt ist, während der Leibesumfang in Nabelhöhe 92 cm beträgt. Das Ergebnis einer Probepunktion liess die Diagnose Ovarialcyste stellen. — Die am 2./3. vorgenommene Ovariotomie verlief vollkommen glatt, während die Heilung durch eine Cystitis zu eine oberflächliche Eiterung in der Bauchwunde gestört war, so dass Pat. erst am 13./3. geheilt entlassen werden konnte. —

12. H. L., 34 J. Linksseitige uniloculäre Ovarialcyste mit wenig Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufg. 5./2. 84. Pat. bemerkte ihr jetziges Leiden zuerst vor 1 Jahr. Damals fand sich in der linken Seite des Unterleibes eine Geschwulst, die seitdem stetig gewachsen ist und der Pat. von Zeit zu Zeit länger anhaltende heftige Schmerzen im Leibe verursacht hat. — Status: Die Untersuchung und das Resultat

einer Probepunction ergeben das Bestehen einer Ovarialcyste von der Grösse etwa eines 8 monatlichen Uterus gravidus. — Die am 9./2. ausgeführte Ovariotomie wurde durch wenig ausgedehnte Adhäsionen nicht wesentlich erschwert. Ebenso verlief die Heilung vollkommen glatt, so dass Pat. am 4. 3. geheilt entlassen werden konnte.

13. J. M., 39 J. Rechtsseitige Ovarialcyste (Cystoma prolif. papillare) mit breitem Stiel aufsitzend; unvollständige Exstirpation; Wundverlauf durch ein parametritisches Exsudat gestört.

Aufg. 26./2. 84. Pat. leidet seit 6 Jahren an Schmerzen im Kreuz und im Leibe, doch will sie erst vor 5 Monaten eine Geschwulst bemerkt haben, die vor 4 Wochen von einem Arzt punktiert wurde. — Status: Jetzt findet man im Abdomen der Pat. einen offenbar aus mehreren Teilen zusammengesetzten fluctuirenden Tumor, der beiderseits bis etwa fingerbreit unter den Rippenbogen reicht. Intern lässt sich der Tumor nicht palpiren.

Klin. Diagnose: Cystoma ovarii.

Bei der am 5./8. vorgenommenen Ovariotomie findet man die multiloculäre Ovarialcyste mit vielen Adhäsionen dem rechten Beckenboden breit aufsitzend. Eine vollständige Abtragung ist unter diesen Umständen unmöglich. Der unterste breite Teil des Tumors wird statt dessen doppelt mittels Seidenligatur in zwei Parthieen unterbunden, durchtrennt und der breite Stumpf versenkt. Die Wunde heilt per primam, doch klagt Pat. andauernd über Schmerzen im rechten Parametrium. Man findet daselbst auch eine deutliche Prominenz, gedämpften Percussionsschall und ausgesprochene Fluctuation. Eine Punction entleert eine seröse, klare, wenig zähe Flüssigkeit, die durchaus den Eindruck von Cysteninhalt macht. Durch eine Incision wird das Fluidum vollständig entleert. Die Wunde heilt allmählig und kann Pat. am 5./4. die Klinik verlassen. — Anat. Diagnose: Cystoma proliferaus papillare.

14. Ch. K., 18 J. Beiderseitige Dermoidcyste; Wundverlauf durch Abscessbildung in der Bauchwunde gestört.

Aufg 9./2. 84. Pat. datiert ihr Leiden vom Frühjahr vor. Jahres; seit dieser Zeit litt sie viel an Schmerzen im Unterleibe, gleichzeitig schwoll der Leib an und es stellten sich zeitweise Uebelkeit, Erbrechen, Kreuzschmerzen ein.

Status: Jetzt fühlt man im abdomen der Pat. einen zweigespaltenen Tumor, dessen rechte Hälfte etwa bis zum Rippenbogen hinaufreicht, während die linke nur wenig über den Nabel hinaufgeht. Zwischen beiden Tumormassen besteht eine tiefe Einkerbung. Intern fühlt man den Uterus stark retroflectirt und auf ihm durch einen relativ breiten Spalt getrennt 2 Tumoren, welche den äusserlich fühlbaren entsprechen. Die Höhle des Uterus um $1^3/_4$ cm verlängert. Bei wiederholten Untersuchungen während der nächsten Zeit variirt das Lageverhältnis der intern fühlbaren Tumoren zu einander, da beide sehr leicht beweglich sind. Auf Grund dieser Untersuchungsergebnisse wurde mit Rücksicht auf die harte Consistenz der Tumoren die Diagnose subseröses Fibrom gestellt und am 8./3. zur Operation geschritten. Der vom rechten Parametrium ausgehende Tumor wurde leicht herausgehebelt und sein kurzer Stiel mit einer Seidenligatur unterbunden — es war eine Dermoidcyste. Ein gleicher Tumor wurde linkerseits gefunden und in gleicher Weise abgetragen. Die vollständige Verheilung der Wunde zog sich in diesem Falle sehr lange hin. Denn in der Bauchwunde hatte sich eine ziemlich grosse Abscesshöhle gebildet, deren Heilung nur langsam vor sich ging, so dass Pat. erst am 21./5. die Klinik verlassen konnte.

Die anat. Untersuchung der Tumoren zeigte, dass es sich um Dermoid handelte. — Der Fall ist von Professor Neumann in Virchovs Archiv für patholog. Anat. u. Physiol. B. 104. 1886. ausführlich beschrieben und erläutert. Siehe auch Schluss dieser Arbeit.

15. T. F., 30 J. Linksseitige Ovarialcyste mit wenig Adhäsionen. Heilung durch eine Jutumescenz der Rosenmüllerschen Drüse gestört.

Aufg. 19./3. 84. Pat. machte vor 4 Jahren ihre erste und einzige Entbindung durch; seitdem litt sie an heftigen Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes; vor 2 Jahren wurde von einem Arzt in der linken Beckenhälfte eine Geschwulst constatirt und eine Badekur angeraten, nach welcher Pat. von ihren Schmerzen völlig befreit wurde. Vor einigen Monaten bemerkte Pat. selbst eine Geschwulst im Leibe, die seitdem stetig gewachsen ist.

Status: Im abdomen der Pat. fühlt man einen vom kleinen Becken ausgehenden Tumor, der bis zur Nabelhöhe hinaufreicht. Eine genaue Untersuchung und Punktion lassen die Diagnose Ovarialcyste stellen. — Am 22./3. wird die Ovariotomie gemacht.

Geringe Adhäsionen erschweren kaum wesentlich die Exstirpation. — Der lange, dünne führt nach der linken Beckenhälfte. — Die völlige Wiederherstellung der Pat. wird durch eine nach dem ersten Aufstehen sich einstellende Intumescenz der Rosenmüllerschen Drüse des linken Oberschenkels aufgehalten. Es kommt jedoch nicht zur Suppuration und am 27./4. kann Pat. geheilt entlassen werden. — Anat. Diagnose: Cystoma glandulare ovarii.

P. S. Pat. hat nach der Operation eine normale Schwangerschaft und Puperperium durchgemacht.

16. L. T., 32 J. Multiloculäre Ovarialcyste mit wenig Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufg. 6/4. 84. Pat. hat vor 3 Jahren 2 normale Entbindung durchgemacht und will seit dieser Zeit eine Verhärtung und Auftreibung der rechten Abdominalhälfte bemerkt haben. Dieselbe hat stetig zugenommen, ohne ihr jedoch wesentliche Beschwerden gemacht zu haben. — Status: Das ganze Abdomen ist aufgetrieben durch einen grossen, mehrfach eingekerbten fluctuirenden Tumor. Leibesumfang in Nabelhöhe 108 cm. Eine Punction des Tumors sichert die Diagnose Ovarialcyste.

Am 10./4. wird die Ovariotomie ausgeführt, welche, da nur wenig Adhäsionen bestanden, leicht von statten ging. Auch der weitere Wundverlauf war ein völlig normaler, so dass Pat. am 5./5. geheilt entlassen werden konnte. — Anatom. Diagnose: Cystoma glandul. prol.

17. Th. K., 26 J. Linksseitige Ovarialcyste mit ausgedehnten Verwachsungen; unvollkommene Exstirpation. Glatte Heilung.

Aufg. 17./4. 84. Pat., die bis vor 4 Jahren stets gesund gewesen, bemerkte um genannte Zeit zuerst eine ca. faustgrosse Geschwulst in der linken Seite des Unterleibes, die seitdem gleichmässig gewachsen ist. Dabei hatte Pat. stets kurz vor oder während der Menstruation an heftigen Schmerzen im Kreuz und Abdomen zu leiden. — Die externe und interne Untersuchung sowie das Ergebnis einer Punktion lassen die Diagnose Ovarialcyste stellen und wird am 22/4. die Ovaricotomie vorgenommen. Bei derselben zeigt es sich, dass der Tumor sowohl mit dem Netz, wie mit den Därmen und mit der oberen und hinteren Fläche des Uterus breit verwachsen ist. Diese Adhäsionen machten eine totale Extirpation unmöglich; es wurde deshalb über den unteren breiten Teil des Tumors eine Gummiligatur gelegt und nach Lösung der Adhäsion

zwischen Uterus und Cyste diese abgetragen. Die Heilung ging ohne Störung von statten, so dass Pat. am 16./5. die Klinik verlassen konnte. — Anat. Diagnose: Cystoma ovarii prolif. gland.

18. J. Sch., 40 J. Linksseitige Ovarialcyste ohne Adhäsion; Collaps 2 Stunden nach der Operation. Glatte Heilung.

Aufg. 23./4. 84 Pat., die im allgemeinen immer gesund gewesen, bemerkte im August v. J. in der linken Seite des Unterleibes eine ca. faustgrosse Geschwulst, welche seitdem stets gewachsen ist. Anfangs hatte sie keine Beschwerden von derselben; erst seit Februar leidet sie bei jeder Anstrengung an heftigen Schmerzen im Leibe; gleichzeitig sind wiederholt blutige Ausscheidungen per vaginam aufgetreten. — Status: Im Abdomen der im übrigen gesunden Pat. fühlt man einen grossen Tumor, der bis 6 cm über den Nabel hinaufragt, seitlich das ganze Abdomen einzunehmen scheint. Der Leibesumfang in Nabelhöhe beträgt in der Mitte 93 zwischen Nabel und Symphyze 98 cm. Die Punction des Tumor entleerte ein zähflüssiges klebriges, undurchsichtiges, mit etwas Blut gemischtes, eiterähnliches Fluidum, das reichlich Paralbumin enthielt. — Klin. Diagnose: Ovarialcyste — Am 26./4. wird die Ovariotomie ausgeführt welche, da keinerlei Adhäsionen vorhanden waren und ein langer dünner Stiel in die linke Seite des Beckens führte leicht von statten ging. — 2 Stunden nach der Operation trat ein bedrohlicher Collaps ein, der jedoch unter energischer Anwendung von Excitantien glücklich vorüberging. Im Uebrigen verlief die Heilung glatt und konnte Pat. am 19. 5. gesund entlassen werden. — Anat. Diagnose: Cystoma ovarii papillare.

19. G. G., 30 J. Rechtsseitige uniloculäre Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufg. 16./5. 84. Patientin die im allgemeinen immer gesund gewesen, bemerkte zuerst vor ca. 1 Jahr ein allmähliges Anschwellen des Leibes, das anfangs langsam, seit einem halben Jahr schneller zunahm. Status: Im Abdomen der sonst gesunden Pat. findet man einen fluctuirenden Tumor von der Grösse eines 10 monatlichen uterus gravidus. Der Leibesumfang beträgt in Nabelhöhe 91 cm, die Entfernung von der Symphyse bis zur Kuppe des Tumors 37 cm. Intern fühlt man rechts vom uterus den fluctuirenden Tumor. — Klinische Diagnose; Rechtsseitige Ovarialcyste. — Am 27./5. wird die Ovariotomie ausgeführt, welche

da keinerlei Adhäsionen vorhanden waren und der Tumor lang gestielt war, glatt von statten ging. Ebenso war der Wundverlauf ein vollkommen glatter. — Anat. Diagnose: Cystoma ovar. unilocul.

20. R. K., 30 J. Linksseitige Ovarialcyste, complicirt mit einem Uterusfibrom; mannigfache Adhäsionen. Glatte Heilung

Aufg. 10./5. 84. Patientin, welche im Allgemeinen immer gesund gewesen, hat vor 19 Monaten eine normale Entbindung durchgemacht. Seit 1 Jahr sind die Menstruationsblutungen unregelmässig, in letzter Zeit ausnahmsweise stark. Im August 83 bemerkte Pat. zuerst eine Anschwellung des Leibes, die ohne Schmerzen zu verursachen allmählig zunahm; später wurde sie von einem Arzt auf eine Verhärtung in der Mittellinie des Leibes aufmerksam gemacht. — Status: Das Abdomen der sonst völlig gesunden Pat. ist durch einen Tumor von höckeriger Oberfläche und derber Consistenz gleichmässig aufgetrieben. Der obere Rand des Tumors steht 3 Finger breit über den Nabel, nach links reicht der Tumor bis an das Darmbein, nach rechts bleibt er Handbreit vom Knochen entfernt. Derselbe lässt sich leicht seitlich, schwer nach oben dislocieren. Seine Kuppe kann leicht umgriffen und dadurch der ganze Tumor nach vorne gedrängt werden. Der Leibesumfang beträgt in Nabelhöhe 95,5 cm. Der Uterus ist leer, dextrovertirt, $^1/_2$ cm verlängert. Der Tumor steht nur in lockerem Zusammenhange mit ihm. Klin. Diagnose: subperitoneales Fibrom des Uterus — Am 23./5 wird die Laparotomie ausgeführt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich eine ziemlich reichliche Menge ascitischer Flüssigkeit. Erst die Verlängerung des Bauchschnittes über den Nabel hinaus ermöglicht es den vorliegenden Tumor vor die Bauchdecken zu heben. Derselbe war mit der Blase, Därmen, lig. lat. dextr. und der linken Tube verwachsen; es zeigt sich der Tumor nunmehr dem Uterus mit einem derben, 2 Finger breiten Stiel aufsitzend. Nach Umschnürung des Stiel mittels einer Gummiligatur wird der Tumor abgetragen, worauf ein zweiter, bläulich verfärbter, fluctuirender Tumor, der als gestielte Cyste vom linken Ovarium ausgeht, sichtbar wird. Die Exstirpation gelingt leicht. Der weitere Wundverlauf war ein absolut glatter, so dass Pat. am 11./6. geheilt die Klinik verlassen konnte. Anat. Diagnose. Fibrosarcoma und Ovarialcyste.

21. H. B., 60 J. Rechtsseitige Ovarialcyste mit zahlreichen Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufg. 20/6. 84. Patientin ist im allgemeinen immer gesund gewesen. Seit 15 Jahren ist sie nicht mehr menstruirt. Vor drei Jahren litt Patientin an einem Gefühl von Druck in der rechten Seite des Unterleibes, wo sich bald darauf eine Anschwellung zeigte, die besonders in letzter Zeit bedeutend zugenommen hat. Ausserdem bestanden Kurzatmigkeit, Oedem der rechten unteren Extremität, Schmerzen im Leibe. Status: Im Abdomen der Pat. befindet sich ein Tumor, dessen Kuppe 34 cm über der Symphyse, 11 cm über dem Nabel steht, rechts stärker als links prominirt. Der Leibesumfang beträgt in Nabelhöhe 104 cm. Intern fühlt man den fluctuirenden Tumor über dem vorderen Vaginalgewölbe. Eine Punction des Tumors entleert ein Fluidum, entsprechend dem Inhalt einer Ovarialcyste. Am 24/4. wird die Ovariotomie ausgeführt, welche durch vielfache Adhäsionen der Cyste mit der vorderen Bauchwand, dem Netz und dem colon ascendens wesentlich erschwert wird. Der Stiel des Tumors führte ins rechte Parometrium. — Trotz der mannigfachen Schwierigkeiten der Operation war der weitere Wundverlauf ein völlig reactionsloser, so dass Pat. am 16./7. geheilt die Klinik verlassen konnte.

22. E. S., 25 J. Rechtsseitige Ovarialcyste ohne Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufg. 21./4. Pat. leidet seit ca. 1 Jahre an einer Anschwellung des Abd., die von rechts unten beginnend allmählich die jetzige Grösse erreicht hat, ohne Beschwerden zu verursachen. Jetzt findet man im Abd. einen Tumor, dessen oberer Rand 28 cm über der Symphyse steht und der im Uebrigen alle Merkmale einer Ovarialcyste zeigt. Leibesumfang in Nabelhöhe 85 cm. Nach vorhergegangener Punction wird am 27./6. zur Ovariotomie geschritten. Dieselbe zeigte keinerlei Schwierigkeiten: der nirgend adhärente, an einem relativ dünnen Stiele aufsitzende Tumor lässt sich leicht exstirpiren. Die Wunde heilte ohne Störung, so dass am 16./7. Pat. geheilt entlassen werden konnte.

Path. anat. Diagnose: Cystom. ovar. uniloculare.

23. L. W., 56 J. Linksseitige Ovarialcyste mit zahlreichen Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufg. 8./7. Pat. hat 11 normale Entbindungen und Wochenbetten durchgemacht, ist stets gesund gewesen, seit 5 Jahren nicht

mehr menstruirt. Vor $2^1/_2$ Jahren zog sie sich eine Senkung zu, die inzwischen zum totalen Prolaps geworden ist. Vor $2^1/_2$ Jahren bemerkte sie eine über Faust grosse Geschwulst im Leibe die anfangs langsam, seit März d J. rapide gewachsen ist und ausser zeitweiligen Schmerzen auch Störungen des Stuhlgangs und Urinentleerung bewirkt haben soll. Jetzt findet man im Abd. einen grossen Tumor, dessen oberer Rand 61 cm über der Symphyse. 27 cm unterhalb des Nabels steht. Intern fühlt man ein Segment des fluctuirenden Tumors im Beckeneingang, obwohl man den Prolops nicht völlig zu reponiren vermag. Am 8./7. wird der Tumor punctirt, um sodann am 12. 7. exstirpirt zu werden. Vielfache Adhäsionen mit der vorderen Bauchwand, dem Netz und dem Dünndarm erschweren wesentlich die Operation. Der kurze, dicke Stiel wird in 2 Parthieen mit einer Seidenligatur umschnürt. Die Heilung ging glatt von statten, so dass Pat. am 2./8. geheilt die Klinik verlassen konnte.

Path. anat. Diagnose: Cystoma ovarii proliferum.

24. C. G., 25 J. Linksseitige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufg. 4./7. 84. Pat, früher stets gesund gewesen, bemerkte zuerst vor $^1/_2$ Jahre eine Anschwellung des Abd., die sich unter Schmerzen in der linken Seite einstellte. Dieselbe hat seitdem gleichmässig zugenommen, ohne ausser einer dauernden Obstipation ihr irgend welche Beschwerden zu verursachen. Jetzt findet man im Abd. einen Tumor von der Grösse eines 6 monatlichen uterus gravidus, der bei genauer Untersuchung sich als eine Ovarialcyste manifestirt. Am 18 7. wird infolgedessen die Ovariotomie vorgenommen. Dieselbe ging glatt von statten, da der Tumor keinerlei Adhäsionen zeigte und der an einem freilich ziemlich breiten und relativ kurzen Stiele sass. Die Umschnürung desselben wurde in 2 Parthieen mittels Seidenligatur vollzogen, und, als dies noch nicht genügte, um die Blutung aus dem Stumpfe zum Stehen zu bringen, noch durch eine Naht vervollständigt. Der weitere Verlauf völlig reactionslos, so dass Pat. schon am 7./8. bei gutem Wohlbefinden die Klinik verlassen konnte.

25. A. K., 44 J. Rechtsseitige Ovarialcyste mit kurzem breitem Stiel. Heilung durch eine eitrige Cystitis Decubitus, Fieber und ein perimetritisches Exsudat gestört.

Pat. als Kind gesund gewesen, hat vor 20 Jahren 1 normal.

Puerp. durchgemacht, seit welcher Zeit die Periode unregelmässig geworden sein soll. Im Winter v. J. bemerkte sie zuerst ein Zunehmen ihres Leibesumfanges, das anfangs nur geringe, seit 2 Monaten aber sehr schnelle Fortschritte machte. In letzter Zeit hat sie viel Schmerzen im Leibe gehabt. — Status: Pat. zeigt eine starke Zunahme des Leibesumfangs, in Nabelhöhe 105 cm. Grösster Umfang unterhalb des Nabels 106 cm. Vom Nabel zur Symphyse 25, von dieser zur Kuppe des Tumors 36 cm. Im Abd. ein grosser, glatter, fluctuirender Tumor, der wegen seiner Grösse schwer beweglich ist. Intern findet man starke, übelriechende Secretion in der Vagina, Uterus unbeweglich, ebenso die im Vaginalgewölbe fühlbare untere Fläche des Tumors. — Am 2./10. wird die Punction ausgeführt, auf Grnnd des Ergebnisses dieser, nachdem durch energische Carbolspülungen die übelriechende Secretion der Vagina geschwunden ist, am 9./10. Ovariotomie. Dieselbe wird dadurch erschwert, dass der Tumor von einem sehr kurzen, straffen, breiten Stiel getragen wird. Dieser wird mittels einer elastischen Gummiligatur umschnürt. Durch zu energisches Ziehen der Cyste beim Abtragen derselben stellt sich eine starke Blutung ein, deretwegen unterhalb der ersten, 2 tiefere Gummiligaturen angelegt werden. Die letzte stillt die Blutungen und es kann nun der über ihr gelegene Theil des Stiels abgetragen werden. Der weitere Verlauf der Operation wie üblich. Da kein Fieber eingetreten, wird der erste Verband bei gutem Wohlbefinden der Pat. am 17./10. gewechselt. Dabei wird eine völlige Verklebung der Wundränder constatirt, nirgends eine Spur von entzündlicher Reaction. Am 23./10. 2. Verbandwechsel. Pat. klagt über Schmerzen bei der Urinentleerung und häufigen Urindrang. Die Untersuchung des Urins ergiebt ausgesprochene eiterige Cystitis, höchstwahrscheinlich durch den Catheterismus in den ersten Tagen hervorgerufen (trotz grösster Vorsicht) ausserdem hat sich über dem os sacrum ein decubitus entwickelt. Sowohl die Cystitis wie der decubitus bilden sich zurück; die ganze Therapie wendet sich jetzt zur Bekämpfung der Cystitis. Dieselbe macht auch allmählig gute Fortschritte desgleichen ein Decubitus über dem os sacrum. Trotz der Besserung nach diesen Richtungen hat Pat. stets hohe Temperaturen. Eine combinirte bimanuelle Untersuchung zeigt denn auch als Veranlassung hierfür ein abgekapseltes perimetrit. Exsudat. Eisblase, dann hydropath. Umschläge und Bäder ergeben keinen rechten Erfolg. Noch am 30./2. findet man trotz fortgesetzter energischer Behandlung den Uterus in toto nach

links verdrängt, rechts davon einen grossen fluctuirenden Tumor, der sich bei bimanueller Untersuchung überall gleichmässig prall wie eine Cyste anfühlt. Getrennt davon finden sich im hinteren Scheidengewölbe Tumorenmassen von ähnlicher Beschaffenheit. Es bleibt unentschieden, wie weit man es mit einem Recidiv zu thun hat. Weiterhin ist das Befinden der Pat. sehr wechselnd. Zeitweise heftige Schmerzen im Abd., sodann ganz schmerzfreie Tage, dabei kein Fieber, so dass Pat. am 11. 2. entlassen wird, mit der Weisung, sich bald wieder in der Klinik vorzustellen.

Path. an. Diagn.: Ovarialcystom.

26. Z., operiert am 1/11. 84, 37 J. Grosser multiloculärer linksseitiger Cystensack. op. Heilung ohne Fieber.

Am 27./4. 87 stellt sich die Operirte wieder vor; sie ist völlig gesund. — Bauchwunde ohne Hernie verheilt. — Innerlicher Befund durchaus normal.

27. J. St, 30 J., unverh. Rechtsseitige Ovarialcyste. Heilung durch einen leichten Decubitus nicht verzögert.

Aufg. 24./10. Pat. bis vor 2 Jahren stets gesund gewesen. Um diese Zeit bemerkte sie eine Anschwellung im Leibe, angeblich von rechts und oben ausgehend. Dieselbe hat in letzter Zeit besonders stark zugenommen und wiederholt der Patientin Schmerzen verursacht. Jetzt findet man im Abd. einen Tumor, der fast die ganze Leibeshöhle einnimmt. Horizontale Peripherie in Nabelhöhe 114 cm. Entfernung von der Symphyse bis zum Nabel 26, bis zum oberen Rande des Tumors 47 cm. Nach ausgeführter Punction wird am 8./11. die Ovariotomie vorgenommen. Dieselbe hat ausser der enormen Grösse der Cyste, die hinter der Wirbelsäule auflag, keine besonderen Schwierigkeiten, zumal, da sie einem bequem zugänglichen Stiel aufsass. Derselbe wird mittels elastischer Ligatur und Plombenverschluss umschnürt Der weitere Verlauf der Operation wie der Nachbehandlung ohne Störung — ausser einem ganz leichten Decubitus —, sodass Pat. am 26/11. geheilt die Klinik verlassen konnte.

Path anat. Diagn.: Cystoma ovarii gland. prolif.

27. E. Z., 26 J., unverh. Enorm grosse multiloculäre Ovarialcyste mit vielfachen Adhäsionen. Heilung

durch ein plötzlich auftretendes Oedem der l. mittl. Extremität nicht verzögert.

Aufg. 6./12. Pat., vorher stets gesund gewesen, leidet seit 2 Jahren an einer Anschwellung des Leibes, die ihr anfangs oft Schmerzen verursachte, in der letzten Zeit besonders durch ein auftretendes Oedem der Unterextremitäten beschwerlich wurde.

Jetzt wird das Abd. eingenommen von 2 deutlich getrennten grossen, fluctirenden Tumoren, die so ausgedehnt sind, dass nirgend tympan. Schall über dem Abd. zu hören ist. Das vordere Vaginalgewölbe ist durch den fluctuirenden Tumor tief herabgedrängt. Bei der ersten Punction wurden ca. 14 Ltr. Flüssigkeit entleert (etwa 25 Pfd. schwer), 3 Tage danach bei einer zweiten Punction noch 6 Liter von etwa 13 Pfd. Gewicht. Die beiden Punctionen wurden möglichst bald nach einander und möglichst ergiebig gemacht, weil bei der enormen Grösse des Tumors und dem schlechten Ernährungszustande der Patientin eine sofortige Ovariotomie ohne vorherige ausgiebige Punction misslich schien. Vor der Punktion Leibesumfang in Nabelhöhe 128 cm von der Symphyse bis zum Nabel 29, bis zur oberen Grenze des Tumors 63 cm. Am 13./7. wir die Ovariotomie vorgenommen. Bei derselben fanden sich weitgehende Adhäsionen der vorderen, oberen, der beiden seitlichen und dem oberen Theile der hinteren Fläche des Tumors mit der betr. Umgebung, mehrfach sehr stark vascularisirt. Im Uebrigen verlief die Operation normal. Nachdem der Tumor exstirpirt war — der Stiel wurde mittelst elastischer Ligatur umschnürt, — lagen die Bauchdecken direct der Wirbelsäule auf. Die Reconvalescenz wurde nur einmal unterbrochen durch ein plötzliches Oedem des linken Unterextremität, das jedoch einer geeigneten Theragie bald wich. Am 14./1. verliess Pat. die Klinik. Path. an Diagn. Cyst ovarii multilocal.

29. A. K., 63 J. verh. Ovarialcyste. Plegmone d. l. unteren Extremität; Thromboze beide ven. iliaeae.

Aufg. 17./12. Pat. ist in ihrer Jugend stets gesund gewesen, hat 8 Entbindungen, die letzte vor 22 Jahren durchgemacht. Seit 15 Jahren ist sie nicht mehr menstruirt. Vor 3 Jahren wurde sie von ihrer Umgebung auf eine Anschwellung des Leibes aufmerksam gemacht. Sie wandte sich desshalb an die hiesige Klinik, wo ihr Geheimrat Hildebrand die Ovariotomie proponirte. Sie verweigerte dieselbe, wurde infolge dessen nur punctirt. Seitdem ist sie noch zweimal punctirt worden, zuletzt vor 4 Wochen. Da

aber die Wiederanfüllung der Cyste jetzt immer viel schneller vor sich ging, ausserdem Pat. durch dauernder Oedem der Unterextremität bettlägerig war, wünschte sie jetzt selbst die Radicaloperation, trotzdem keine sehr günstige Prognose gestellt wurde. Pat. bei relativ gutem Kraftzustande, zeigt im Abd. einen fluctuirenden Tumor, anscheinend eine einfache Cyste. Leibesumfang in Nabelhöhe 121 cm, von der Symphyse bis zum Nabel 22, bis zur oberen Grenze des Tumors 41 cm. Bauchhaut leicht ödematos, ebenso das rechte Bein. In den letzten 3 Tagen vor der Operation Abendtemperaturen zwischen 38 und 38,5°. Am 22./12 Ovariotomie in üblicher Weise. Wie zu erwarten, war die ganze Vorderfläche der Cyste adhärent der Bauchwand, doch liessen diese Adhäsionen sich leicht lösen, ebenso wie auch die seitlichen Verwachsungen der Cyste. Schwierigkeiten dagegen machte die Lösung der Adhäsionen der oberen Cystenwand. Bei der Trennung dieser letzteren tritt aus der Cyste ein gelbliches dickes Fluidum ganz ähnlich wie alter Eiter: mikroskopisch Fibrinmassen mit zahlreichen Eiterkörperchen enthaltend. Derselbe wird möglichst von der Peritonealhöhle zurückgehalten, geringe Quanta drangen freilich trotz aller Vorsicht doch in die Bauchhöhle. Nachdem es gelungen, die weitgehenden Adhäsionen zu lösen, wird der dünne Stiel des Tumors mit der elastischen Ligatur umschnürt. Sodann Toilette des Peritoneums und Naht der Bauchwunde. In den nächsten Tagen der Operation absolut günstiger Verlauf, dauernd normale Temperaturen, so dass am 29 12. der Verband gewechselt wurde. Die Bauchwunde zeigte sich dabei völlig reactionslos. Am 1./1. plötzlich Temperatursteigung ($38,_4 - 39,_7$) und Erbrechen, das erst einer Morphiumsinjection wich. Am folgenden Tage normale Temperatur, doch klagte Pat über Schmerzen im linken Unterschenkel. Hier zeigte sich eine Phlegmone, deren Ursprung fraglich. Schon vor der Operation war die Extremität ödematös infiltrirt, zu dem kam während derselben ganz unerklärlichenweise eine Wunde an der hinteren Seite des Oberschenkels dazu — Carbol- oder Cloroformätzung, welche Wunde nicht wesentlich beachtet und mit Diachylonsalbe behandelt wurde. Sie lag zu dem oberhalb der phlegmonösen Stelle. Nunmehr Jodoformverband und Hochlagerung der Extremität. Unter andauernder Temperaturerhöhung nimmt die Schwellung und Empfindlichkeit des Beines zu, so dass am 4./1. die Phlegmone schon den Oberschenkel ergriffen hat und hier deutliches Fluctuationsgefühl hervorruft. Eine Incision entleert nur Blut und gelbliche Oedemflüssigkeit. Trotz der Incision

nimmt die Schwellung zu, es tritt Gangrän der Haut an einzelnen Stellen des Unterschenkels auf und Abends kommt Pat. ad exitum.

Bei der Autopsie findet man im Abdom die Darmschlingen vielfach untereinander und mit dem Netz verwachsen. In der Tiefe nicht unerhebliche Mengen einer schmutzig röthlichen, mit zahlreichen Fetzen durchsetzten Flüssigkeit. Diese Fetzen zeigen die grösste Aehnlichkeit mit den bei der Operation entleerten Fibrinmembraien. Ein grosser abgekapselter Sack befindet sich an der rechten Innenfläche des Abdom; angeschnitten entleerte er dieselben flüssigen Massen. Da die Affection am linken Bein schon eine Thrombose der Saphena hatte diagnosticiren lassen, wird nunmehr die Extremität daraufhin genau untersucht und es findet sich die linke Iliaca völlig verschlossen durch einen freilich schon vielfach bindegewebig entarteten und pigmentös degenerirten Thrombus verschlossen, der gleiche Process, freilich noch nicht so hochgradig in der rechten Iliace. Wie weit aber die Thrombose durch die Operation beeinflusst worden, lässt sich nicht sagen. Dass der Thrombus älteren Ursprungs war, ergab seine Beschaffenheit. Dass durch die Operation und ihre Folgen ein weiteres Moment für Verlangsamung der Blutcirculation gegeben war, ist natürlich. Aus der Herzschwäche und der Aufstauung des Blutes in der linken Unterextremität resultirte dann eine Hirnanämie, der Pat. dann wohl schliesslich erlag.

30. L M., 33 J, verh. Multilocul. Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufg. d. 85. Pat., früher stets gesund gewesen, hat zwei Partus und einen Abort durchgemacht (v. 4 J.) Im März 1884 will sie plötzlich in der Mitte des Leibes einen Geschwulst bekommen haben, die nach mehrtägigem Pappen aber verschwand. Nach der Zeit fühlte sie sich völlig gesund und erst seit November v. J bemerkte sie eine Anschwellung ihres Leibes, die seitdem mehr und mehr zugenommen hat. Beschwerden hat ihr dieselbe nicht verursacht. Man fühlt jetzt im Abd. einen grossen Tumor, der dasselbe fast ganz ausfüllt, so dass seine Grenzen sich nicht völlig abpalpiren lassen. Die weitere Untersuchung und eine wiederholte Punktion lassen denselben als eine Ovarialcyste erkennen. Infolgedessen wird am 21/3. zur Exstirpation des Tumors geschritten. Dieselbe wird in üblicher Weise ausgeführt. Da der ganze Tumor aus einer Masse kleiner und

kleinster Cysten mit sehr dünnen Wandungen bestand, liess e sich nicht vermeiden, dass eine grössere Menge Cysteninhalt in die Abdominalhöhle floss. Nach Unterbindung des dünnen Stiels Toilette des Peridoneums, sodann Naht etc. wie gewöhnlich. Während der Zeit der Nachbehandlung keine abnormen Temperaturen, völlig glatter Wundverlauf. Am 11 4. konnte infolgedessen Pat. die Klinik gesund verlassen.

31. H. K., 50 J., verw. Linksseitige Ovarialcyste mit vielfachen Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufg. d. 1./4. Pat., früher stets gesund gewesen, 5 Mal entbunden, erkrankte Weihnachten 83 unter mässigen Schmerzen im Abd. linkerseits, die sie zwangen das Bett zu hüten. Damals bemerkte sie zuerst in der linken Abdominalhälfte einen grossen, harten, auf Druck empfindlichen Tumor, welcher seitdem nun stetig zugenommen. In den letzten 3 Wochen hat Pat. viel an heftigen Schmerzen im Abd. gelitten. Daneben starke Obstipation. Im Abd. findet man einen höckerigen, harten Tumor von der Grösse etwa eines 8 monatlichen Ut. gravid. Seine Consistenz wegen der Dicke der Bauchdecken nicht genau bestimmbar. Auf Grund der int. Untersuchung, die eine Verlängerung der Uterinhöhle um 4,5 cm ergiebt, zugleich mit der anamnestischen Angabe seitens der Pat., dass sie noch bis letzthin stets reichliche Menstrualblutungen gehabt, wird ein subser. Fibroma uteri diagnosticirt, zu dessen Exstirpation am 8./6. geschritten wird. Bei Eröffnung des Peritonems zeigte sich, dass es sich auch im vorliegenden Falle um eine Ovarialcyste handelte. Die Herausbeförderung derselben machte viele Schwierigkeiten, einerseits, weil ihre Wandungen ausserordentlich dünn und zerreisslich waren, andrerseits, weil die Hauptmasse der Cysten entgegen dem sonstigen Verhalten nach oben und hinten lag. Infolgedessen kam auch dieses Mal eine grössere Quantität Cysteninhalt in die Peritonealhöhle. Weiterhin wurde die Operation noch verzögert durch infolge heftiger Brechbewegungen veranlasstes Vorfallen der Intestina, Die Umschnürung des von links herkommenden, ca fingerdicken Stiels mittels Gummiligatur war bei der Länge des Stiels leicht. Trotz der vielfachen Schwierigkeiten bei der Operation war der Wundverlauf ein durchaus glatter. Infolgedessen konnte Pat. am 29./6. schon die Klinik gesund verlassen.

32. M. W., 61 J., verw. Linksseitige Ovarialcyste mit ausgedehnten Verwachsungen. Glatte Heilung.

Aufg. 15. 6. Pat., seit 11 Jahren nicht mehr menstruirt, bemerkte vor 7 Jahren die ersten Anzeichen ihres jetzigen Leidens. Sie empfand damals öfters Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes. Bald darauf bemerkte sie auch eine Geschwulst, die von links herzukommen schien und sich allmählich weiter verbreitete. Damals erklärte ein Arzt Wassersucht, ohne der Pat. irgend welche therapeutischen Rathschläge zu geben. Ein Jahr später will Pat. dann plötzlich wieder schlank geworden sein, ohne dass sie eine Veranlassung anzugeben weiss, wobei jedoch Störungen im Allgemeinbefinden, Mattigkeit etc. bestehen blieben. Nach einiger Zeit trat die alte Geschwulst wieder auf, anfangs ohne Beschwerden für die Pat., bis sie in letzter Zeit Athemnoth und Erbrechen verursachte. — Jetzt fühlt man im Abdomen der Pat. einen kugligen Tumor von deutlicher Fluctuation, dessen oberer Rand ein Finger breit über den Nabel steht. Die Entfernung von der Symphyse bis zum Nabel beträgt 20, bis zur Tumorkappe 31 cm Leibesumfang in Nabelhöhe 92 cm. Nach vorheriger Punction wird am 19. 6. die Ovariotomie ausgeführt. Die Herausbeförderung des Tumors war ziemlich schwierig, da seine vordere Wand mit der hinteren Uterinwand fest verwachsen war. Um diese ziemlich breite Basis der Cyste liess sich eine elastische Ligatur noch gut herumlegen, so dass die Exstirpation der Cyste als eine vollständige angesehen werden konnte. Operation im Uebrigen und Wundverlauf normal. Am 15. 7. konnte Pat. gesund die Klinik verlassen.

33 Fräul. M., 17 J., normal. Punction. Uniloculäre Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufg. Pat. anscheinend hereditär belastet, ein Bruder an Phthise gestorben. Sie selbst ist stets gesund gewesen, vor 2 Jahren bemerkte sie zum ersten Male eine Anschwellung des Abdomens, angeblich in der Mitte des Leibes beginnend. Dieselbe nahm anfangs gleichmässig langsam, seid $^1/_2$ Jahre aber rapid zu. Beschwerden hat Pat. ausser Brustschmerzen bei tiefer Inspiration nie gehabt. Pat. sehr anämisch, mit flachem Thorax. Neben ihrer rechten Lungenspitze kürzerer Schall als links, dabei verschärftes Exspirium; keine Rasselgeräusche. Abd., in Nabelloche 85 cm Umfang messend, ist durch einen grossen fluctuirenden Tumor ausgedehnt, der auch per vaginam deutlich fühlbar. Eine

Punction schliesst ein event. tuberculöses peritonit. Exsudat aus und sichert die Diagnose: Ovarialcyste. Infolgedessen wird am 26. 6. die Ovariotomie vorgenommen. Dieselbe bietet keinerlei Schwierigkeiten, da der Tumor eine uniloculäre Cyste darstellt, frei von Adhäsionen und an einem langen dünnen Stiel sitzend Letzterer lässt sich daher auch leicht mittels einer elastischen Ligatur umschnüren. Der Operation entsprach der weitere Wundverlauf. Am 15. 7. konnte Pat. gesund die Klinik verlassen. Path. anat. Diagnose des exstirpirten Tumors: uniloculäres Cystoid.

34. E. K., 40 J., verh. Rechtsseitige multiloculäre Ovarialcyste mit ausgedehnten Verwachsungen. Glatte Heilung.

Aufg. 20./6. Pat. früher stets gesund gewesen. In jetzt 20 jähriger Ehe hat sie 10 Entbindungen und 1 Abort durchgemacht, die letzte vor 9 Monaten. Nach derselben hat Pat. 5 Wochen hindurch an ziemlich reichlicher, 4 weitere Wochen an geringer Blutung gelitten. Nach der Zeit also seit 7 Wochen ist sie nicht menstruirt. Damals will sie auch zum ersten Male die Anschwellung ihres Leibes bemerkt haben, die sehr schnell zugenommen hat. Beschwerden machte ihr die Anschwellung nicht. Das Abdomen ist bis zum Nabel durch einen Tumor aufgetrieben, der im Wesentlichen aus 2 Theilen zusammengesetzt ist. Seine harte Consistenz dabei als Resultat der inneren Untersuchung ein um 6 cm vergrössertes Corpus uteri lassen den Tumor als Fibrom aussprechen. Die am 3 7. ausgeführte Laparotomie erweisst die Diagnose als irrig. Man findet im Abdom eine Ovariacyste einfach verwachsen mit dem Netz und der rechten Tube, durch einen kurzen Stil mit der linken Tube zusammenhängend. Trotz mancherlei Schwierigkeiten, die sich bei der Operation boten, war der weitere Wundverlauf ein ganz glatter, so dass Pat. am 22. 7. geheilt die Anstalt verlassen konnte. Die path. anat. Untersuchung ergiebt die Richtigkeit der Diagnose eines multiloc. Cystoides des Ovar.

35. E. S., 52 J., verw. Rechtsseitige multiloculäre Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufg. 30./6 Pat. ist seit $1^1/_2$ Jahren nicht mehr menstruirt. Den Beginn ihres Leidens datirt sie vom Sommer v. J. damals bemerkte sie zuerst eine Anschwellung ihres Leibes, die seit dem ohne ihr Beschwerden zu verursachen stetig gewachsen ist. Jetzt

findet sich im Abdom ein fluctuirender Tumor, dessen oberer Rand den Nabel um 5 cm überragt. Der Horizontalumfang in Nabelhöhe beträgt 98 cm. Nachdem Pat. einmal punctirt worden wird am 3./7. die Ovariotomie ausgeführt. Man findet bei derselben eine freie, nirgends adhärente Cyste, die mit einem dünnen Stiele dem rechten Ovarium ansitzt. Die Operation wie der weitere Wundverlauf boten nichts Besonderes. Am 21./7. verliess Pat. bei gutem Wohlbefinden die Klinik. Path. anat. Diagnose mulciloculäres Coloidcystom des Ovariums.

36. Frl. D., 41 J., unv. Ovarialcyste mit stark vascularisierten Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufg. 9./7. Pat. war bis vor ca. 7 Jahren stets gesund. Damals bemerkte sie in der Mitte des Abdom eine Geschwulst die ihr keine Beschwerden verursachte, jetzt aber durch ihre Grösse sowohl wie durch oft sich einstellende odematöse Anschwellung der Unterextremitäten lästig ist. Man fühlt im Abdom einen Tumor von der Grösse eines 8 monatlichen Uterus gravidus. Sein oberer Stand reicht 28 cm über die Symphyse hinauf. Ueberall zeigte er deutlich grosswellige Fluctuation. Nach vorangegangener Punction wird am 10./7. die Ovariodomie vorgenommen. Hierbei zeigte sich, dass der Tumor nach mehreren Seiten Adhäsionen mit den umliegenden Geweben, ebenso mit dem Netz gebildet hatte Dieselben waren in diesem Falle ganz besonders stark vascularisirt. Im Uebrigen verlief die Operation glatt, ebenso war der weitere Wundverlauf, so dass Pat. am 28./7. die Klinik geheilt verliess.

Path. anat. Diagn. Cystoma papillare ovarii.

37. F. T., 36 J. verh. Rechtsseitige Overialcyste, die wegen zahlreichen Verwachsungen aus dem Peritonealsack herausgeschält werden muss. Glatte Heilung.

Aufg. 16./7. Pat., 18 Jahre in steriler Ehe verheirathet, fühlt sich seit 3 Jahren krank. Anfangs wurde sie viel von Schmerzen im Kreuz gepeinigt, denen sich späterhin Schmerzen rechts unten im Abd. zugesellten. Vor 1 Jahr bemerkte sie im rechten Hypogastrium einen Tumor, der inzwischen schnell gewachsen ist un der Pat. Respioationsbeschwerden macht. Seit $^1/_2$ Jahr Oedem des linken Unterschenkels, viel Urindrang. Vor 14 Tagen erkrankte Pat. unter heftigen Schmerzen im Leibe (angeblich Peritonitis). Jetzt findet man im Abd einen Tumor, dessen oberer Rand 1,5 cm unter dem Proc. xiptoid. liegt, rechts bis

unter den Rippensaum links bis nahe an diesen hinaufreichten. Fluctuation nicht sehr deutlich. Leibesumfang in Nabelhöhe 98 cm, von der Symphyse bis zum Nabel 26, zum Proc. xiphoid. 42 cm. Am 17./7. wird die Ovariotomie ausgeführt. Nachdem die Cyste ihres Inhaltes entleert war, liess sich der obere Teil der Cyste leicht emporziehen, unten war der Tumor jedoch fest mit den Nachbarorganen verwachsen. Ein Theil der Adhäsionen liess sich auf stumphem Wege lösen, andere starke Verwachsungen geben nicht nach und machen das Herausheben des Tumors unmöglich. Infolgedessen wird der Peritonealsack gespalten, abgelöst, und der Tumor, der vom rechten Parametr. ausgeht, ausgeschält. Die äussere Hülle, die sich nach der Tiefe verfolgen lässt, ohne dass es gelingt ihren Ursprung nachzuweisen, lässt sich stumpf ablösen und bleibt in der Bauchhöhle zurück. Nunmehr vermochte man auch den Tumor soweit emporzuziehen, dass sein breiter Stiel, von Ligtat. dextr. ausgehend, sichtbar wurde und sich bequeum umschnüren liess. Nach gründlicher Reinigung der Bauchhöhle, Naht der Bauchwunde. Der Wundverlauf absolut reactionslos.

Path. an. Diages. Coloidcystom.

38. F. G., 43 J., verw. Rechtsseitige uniloculäre Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufg. 15./7. Pat. bemerkte zuerst im vergangenen Winter eine Anschwellung im Abd., die von rechts unten ausgehend mehr und mehr zugenommen hat, ohne ihr wesentliche Beschwerden zu verursachen. Jetzt findet man einen Tumor im Abd. dessen Kuppe 24 cm über der Symphyse, 3 cm oberhalb des Nabels steht. Leibesumfang in Nabelhöhe 87 cm. Im Uebrigen zeigt die Anschwellung alle Zeichen einer Ovarialcyste, die am 24./7. operativ entfernt wird. Die Exstirpation war einfach, der von rechts kommende, ca. kleinfingerdicke Stiel liess sich bequem mittels einer Gummiligatur umschnüren. Der weitere Wundverlauf völlig reactionslos, so dass Pat. geheilt die Klinik verlassen konnte.

Path. anat. Diagnose einkämeriges Ovarialcystom.

39. A. Sch., 34 J., verh Colloidcyste des Ovariums mit massigen Adhäsionen. Heilung glatt.

Aufg. 1./10. Pat. ist früher stets gesund gewesen, hat 7 Mal geboren, einmal abortirt. Nach der letzten Eintbindung Juni v. J., hatte sie bis zum März d. J. dauernd an Uterinblu-

tungen gelitten, die sich im Juli, dann im August wieder in stärkerer Intensität einstellten. Schon im Februar d. J. hatte sie eine Zunahme ihres Leibes bemerkt, von welcher Seite beginnend, vermag sie nicht anzugebeben. Im Mai, sodann im August wurde sie wegen der starken Flüssigkeitsansammlung punctirt. Beide Male wurden grosse Quantitäten eines zähen, grünlich gefärbten Fluidums entleert. Jetzt findet sich im Abd. ein grosser, ungleichmässig höckeriger Tumor dessen oberer Rand 44 cm über der Symphyse steht. Leibesumfang im Nabelhöhe 111 cm. Seine Consistenz etc. sichern die Diagnose Ovarialcyste, weshalb am 5. 9. zur Operation geschritten wird. Eine ziemlich umfangreiche Verwachsungen der Cystenwand mit dem Perit. parictale erschwert die Ablösung des Tumors in hohem Grade, andere ausgedehnte Adhäsionen mit dem Netz lassen sich mehr weniger bequem lösen. Die Abschnürung des Tumors liess sich gut ausführen. Eine nach der Umschnürung mit Gummiligatur eintretende arterielle Stielblutung macht die Anlegung einer zweiten Ligatur tiefer am Stiel nothwendig. Geringe Temperaturerhöhungen (nur einmal 39,5 ⁰ C.) hielten die glatte Heilung nicht weiter auf. Am 1. 10. konnte Pat. geheilt die Klinik verlassen. Path. anat. Diagn.: Coloidcystom des Ovar.

40. A. P., 24 J., verh. Linkseitige grosse uniloculare Cyste mit Flimmerepithel (Parovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufg. den 23. 10. Pat. früher stets gesund gewesen, machte Ende Januar d. J. ihre erste Entbindung durch. Dieselbe verlief normal, doch fiel der Pat. auf, dass das Abd. post partum nicht erheblich kleiner geworden war. Vor Beginn der Gravidität will sie keine Auftreibung des Leibes bemerkt haben. Seit Januar hat nun die Anschwellung bedeutend zugenommen und der Pat. oft heftige Schmerzen, besonders rechterseits, verursacht. Jetzt findet sich im Abdomen ein fluctuirender Tumor von der Grösse eines 10 monatlichen uterus gravid. Sein oberer Rand liegt 38 cm über dem Nabel, dieser ist von der Symphyse 20 cm entfernt. Leibesumfang in Nabelhöhe 102 cm. Nach Sicherung der Diagnose Ovarialcyste wird am 25. 10. die Exstirpation vorgenommen. Dieselbe liess sich leicht ausführen, der von links kommende gestielte Tumor konnte bequem in die Bauchwunde gezogen werden, ohne dass der Uterus oder Därme zu Gesicht kamen. Nach der Operation dauernde normale Temperaturen. Am 15./11. Entlassung der Kranken aus der Klinik.

Patk. anat. Untersuchung ergiebt eine einfache grosse Cyste mit Flimmerpithel (Parovarialcyste) nur locker verbunden mit dem stark vergrösserten Ovarium.

41. A. P., 44 J., verh. Rechtsseitige Dermoidcyste. Glatte Heilung.

Aufg. 4./11. Pat. hat 7 Mal geboren, ist stets gesund gewesen. Seit $1^1/_2$ Jahren bemerkt sie eine Anschwellung ihres Leibes, die ihr zeitweise Schmerzen und Beschwerden bei der Urinentleerung verursachte. Im Abdom fühlt man jetzt äusserlich einen Tumor von der Grösse eines Uter. gravid. etwa in der 22. Woche. Denselben Tumor fühlt man auch intern im hintern Vaginalgewölbe. Man kann leicht seine Verschieblichkeit gegen den davorliegenden, vergrösserten, stark retroflextirten, und links gegen die Symphyse gedrängten Uterus constatiren. Bei combinirter Untersuchung fühlt man geringe Fluctuation im Tumor. Eine Probepunction entleert eine weissliche krümliche Masse (hauptsächlich glatte Epithalzellen). Auf Grund dieser Untersuchung wird eine Dermoidcyste angenommen und deren Exstirpation am 13./11. ausgeführt. Dieselbe liess sich bequem ausführen, da der Stiel der Cyste nicht besonders breit war. Der weitere glatte Wundverlauf ermöglichte die Entlassung der geheilten Pat. am 1./12.

Die Untersuchung der exstirpirten Cyste bestätigt die Diagnose. Der übliche Dermoidcysteninhalt fand sich auch in diesem Falle.

42. J. S., 30 J., unv. Rechtsseitige miloculäre Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufg. den 9./11. Pat., früher gesund gewesen, leidet seit 2 Jahren an einem Gefühl von Druck und Schwere im Abdomen. Vor 8 Monaten bemerkte sie eine von rechts ausgehende Geschwulst im Leibe, die seitdem stetig gewachsen ist und ihr mancherlei Beschwerden wie häufigen Urindrang etc. bereitet hat. Jetzt zeigt der Tumor die Grösse eines ca. 7 monatlichen Uterus gravidus. Sein oberer Rand steht 22 cm über der Symphyse. Horizontalumfang in Nabelhöhe 90 cm. Am 13./11. wird die Ovariotomie ausgeführt. Dieselbe verlief völlig glatt. Keine Adhäsionen, bequeme Abschnürung des Tumors. Weiterhin dauernd normale Tempsraturen, so dass Pat. am 1./12. die Klinik verlassen honnte.

Path. anat. Diagn.: unilocul. Cystom. des Ovariums.

43. A. K., 40 J., unv. Rechtsseitige Ovarialcyste mit zahlreichen Adhäsionen. Glatter Wundverlauf.

Aufg. den 11./11. Pat., früher stets gesund gewesen, bemerkte zuerst im Sommer 84 eine Anschwellung ihres Leibes, die von unten aufsteigend mehr und mehr gewachsen ist, besonders schnell seit August d. J. Beschwerden hat ihr der Tumor nicht verursacht. Derselbe reicht jetzt mit seiner Kuppe 31 cm über die Symphyse hinauf, zeigt in seinem breitesten Theile eine Breite von 32 cm. Leibesumfang in Nabelhöhe 100 cm. Nach vorangegangener Punction, bei der ca. $^1/_2$ Liter einer characteristischen Ovarialcystenflüssigkeit entleert wurde, wird am 15./11. zur Ovariotomie geschritten. Der Tumor zeigte vielfache Adhäsionen am Peritoneum parietale in seinen oberen Parthieen sowohl wie auch nach dem kleinen Becken hin, doch liessen dieselben sich gut lösen. Die Umschnürung des von rechts kommenden Stieles liess sich auch bequem ausführen. Die weitere Operation verlief wie gewöhnlich völlig reactionslos Starb im Jahre 88 an Recidiv mit carcinomatöser Entartung.

Path. anat. Diagn. Cystoadinoma papilliferum.

44. A. C., 48 J., verh. Rechtsseitige multiloculäre Ovarialcyste mit mannigfachen Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufg. d. 24./11. Pat. leidet seit 4 Jahren an einer Anschwellung des Leibes, die anfangs langsam, dann schneller zugenommen hat. Sie ist bisher als leberleidend — in letzter Zeit von einem Homöopathen mit wiederholten Blutentziehungen behandelt worden. Jetzt wird fast das ganze abdomen ausgefüllt von einem grossen Tumor, nur in den seitlichen Parthieen und im Epigastrium findet man tympanitischen Percussionsschall, sonst überall absolute Dämpfung. Bei einer Punction werden ca. 5 Liter Flüssigkeit entleert, die die gewöhnliche Beschaffenheit des Ovarialcysteninhaltes mit etwas hämorrhapischer Verfärbung zeigte. Am 28./11. wird die Ovariotomie ausgeführt. Mannigfache Adhäsionen mit dem Peritoneum der vorderen Bauchwand, dem Netz und dem Darme erschwerten dieselbe, doch gelang es den ganzen Tumor freizumachen und nach Umschnürung seines dünnen von rechts herkommenden Stieles aus der Abdominalhöhle zu entfernen. Der weitere Wundverlauf war durchaus glatt — keine abnorme Temperaturen. Am 17./12. konnte Pat. geheilt die Klinik verlassen.

Path. anat. Diagnose: prolif. multiloculaeres Ovarialcystom.

45. M. C., 29 J., verh. Linksseitige multiloculäre Ovarialcyste mit teilweise eitrigem Inhalt; vielfache Adhäsionen. Heilungsverlauf durch weitgehenden Decubitus, Abscess der Bauchwunde und Fieber gestört.

Aufg. den 10./12. Pat., früher stets gesund gewesen, hat in 9 jähriger Ehe 4 normale Graviditäten und Puerperien durchgemacht. Im Januar d. J. — damals im 5. Monate gravida — erkrankte sie unter heftigen Schmerzen im Unterleibe, die aber bald zurückgingen. Am 2. 7. normale Entbindung. Im Wochenbett blieb der Leib aufgetrieben und empfindlich. Es stellte sich öfters Erbrechen ein, Fieber war nicht vorhanden. Nach einiger Zeit constatirte ein Arzt eine Flüssigkeitsansammlung im Abd. Dieselbe nahm schnell zu, dabei litt Pat. oft an Erbrechen und Schmerzen im Abd., besonders rechterseits. 7 mal ist sie punctirt worden. Die anfangs blutig seröse Flüssigkeit nahm später mehr eitriges Aussehen an. Vor 8 Wochen fiel dem behandelnden Arzte auf, dass die sich wieder ansammelnde Flüssigkeit die rechte Seite des Abd. wieder vordrängte, während links heller Percussionsschall war, dabei war die Dämpfungsgrenze nach oben convex. Erbrechen und Schmerzen haben in letzter Zeit sehr zugenommen. (Seit der letzten Entbindung ist die Menstruation nicht wieder aufgetreten). Jetzt zeigt sich die rechte Seite des Abd. vorgetrieben durch eine Geschwulst, an Grösse und Gestaltung entsprechend einem Uterus gravidus von 10 Monaten. Die Hautdecken sind über derselben sehr wenig verschieblich, um den Nabel herum und an den Punctionsstellen garnicht. Intern fühlt man den fluctuirenden Tumor im rechten Vaginalraume, der ganze Uterus liegt stark nach links verdrängt. Abendtemperaturen stets zwischen 38 und 38.5°. Nach den üblichen Vorbereitungen wird am 18. 12. die Ovariotomie vorgenommen. Bei Eröffnung der Peritonealhöhle zeigt sich Fascia transversa und das Peritonem stark verdickt, die vordere Cystenwand in der Gegend der Incision locker mit dem Peritoneum verwachsen. Diese Adhäsionen lassen sich lösen, bald jedoch stösst der untersuchende Finger auf umfangreiche feste Adhäsionen zunächst mit dem Peritoneum, dann aber auch mit dem Netz, dem Darm, dem Uterus und den grossen Abdominalgefässen. Nur ein Theil dieser Verwachsungen konnte stumpf gelöst werden, die meisten mussten nach vorheriger doppelter Unterbindung durchschnitten werden. Die Schwierigkeiten wurden noch dadurch vermehrt, dass die Cystenwand ausserordentlich leicht zerreisslich war und ihr eiteriger

Inhalt heraustrat; zum Theil auch seinen Weg in die Bauchhöhle nahm. Besondere Vorsicht erheischte die Lösung der Verwachsungen mit dem die Vena cava umgebenden Bindegewebe. Nachdem dies gelungen, liess sich der von links herkommende dünne Stiel bequem mittels einer elastischen Ligatur umschlingen und der Tumor nunmehr abtragen. Darauf Toilette des Peritoneum und Naht der Bauchwunde. Während der Operation hatte Pat. mehrmals gebrochen. Nach der Operation klagte sie bald über heftige Schmerzen im Leibe und musste oft erbrechen, so dass schliesslich die Anwendung von Morphium nöthig wurde. Am 1. und 2. Tage dauernde Temperatur über 38 °. Dabei kleiner Puls 130—140 in der Minute, kein Schlaf, wiederholtes Erbrechen und heftige Schmerzen. Neben geringen Mengen Morphium energische Anwendung von Excitantien. Am 3. Tage zwar auch noch Temperaturen von über 38 °, aber Pat. sieht nicht mehr so collabirt aus, erholt sich allmählich, das Erbrechen und die Schmerzen lassen nach.

Am 26. 12. wurden die Suturen entfernt. Im oberen Winkel klaffen die Wundenränder und es quillt eine nicht unbeträchtMenge Eiter hervor. An dem linken Wundrande ein kleiner subcutaner Abscess, ein gleicher zeigt sich nach kurzer Zeit im unteren Wundwinkel. Während diese Wunden nach den Regeln der Antiseptik behandelt werden, acquirirt Pat., die bisher auf einem Wasserkissen gelegen hat, einen grossen Decubitus am Os sacrum, der trotz aller Vorsicht weit in die Tiefe greift und mehrere Proc. spin. freilegt. Beim Verbandwechsel am 31. 12. fliesst aus einer kleinen Oeffnung am unteren Ende der Incisionswunde ein grösseres Quantum einer serös blutigen Flüssigkeit, mit etwas Eiter untermischt. Die Secretion war anfangs so stark, dass wiederholt am Tage der Verband gewechselt wurde, liess dann aber nach, um am 2. 1. sich wieder in grösserer Intensität einzustellen. Dabei andauernd Temperaturerhöhungen bis zu 39 °, so dass mehrfach Chinin in Anwendung gebracht wurde. Dabei wird der Kräftezustand der Pat. wesentlich verschlechtert. Sie hat öfters auf der Seite gelegen, nun stellt sich auch über den Trochanteren beiderseits Decubitus ein. Doch bekommen die Bauchwunden unterdess allmählich ein etwas besseres Aussehen. Die Ränder klaffen nicht mehr so stark und die Secretion wird geringer, so dass sie die Pat. nicht am Aufsitzen hindert. Am 29. 1. ist die Wunde bis auf eine kleine offene Stelle am oberen Winkel verheilt und am 2. 2. zeigt sich auch diese Stelle geschlossen. Inzwischen ist auch der Decubitus gebessert und die

Temperaturen bleiben gleichmässig innerhalb der normalen Grenzen. Am 7. 2. wird Pat. auf ihren Wunsch entlassen.

46. L. L., 48 J., verh. Rechtsseitige Ovarialcyste mit mannigfachen Adhäsionen. Am 13. Tage p. op. exitus letalis unter Erscheinungen eines Ileus.

Aufg. d. 14. 12. Pat. ist früher stets gesund gewesen, hat 9 Mal, zuletzt vor 8 Jahren, geboren. Seit 2 Jahren cessiren die Menses. Vor $2^1/_2$ Jahren bemerkte sie eine Anschwellung ihres Leibes, die von rechts unten aufstieg und nunmehr bis zu ihrer jetzigen Grösse gewachsen ist. Jetzt zeigt sich das Abd. stark aufgetrieben. Sein grösster Umfang beträgt 110 cm, der Proc. xiphoid. ist 45 cm von der Symphyse entfernt. Nur in den abhängigsten Seitenparthieen und im Epigastrium eine ca. 4 Finger breite Stelle geben tympanitischen Schall, sonst überall Dämpfung. Nach vorhergegangener Punction, bei der ca $3^1{}_2$ Liter entleert wurden, wird am 22. 12. die Ovariotomie vorgenommen. Gleich bei Eröffnung der Peritonealhöhle zeigt sich die Cyste mit der vorderen Bauchwand verwachsen. Doch liessen diese Adhäsionen sich leicht lösen. Schwierig war die Ablösung des Tumors vom grossen Netz, dass in seiner ganzen Breite flächenhaft mit dem Cystensack verwachsen war. Der adhärete Theil des Netzes wird umschnürt und abgetragen. Weitere Adhäsionen mit den grossen Gefässen etc. liessen sich leichter lösen. Schliesslich gelang es den dünnen Stiel des Tumors frei zu legen und zu durchschneiden. Von Cysteninhalt war kaum etwas in die Bauchhöhle gekommen. Während der Operation hatte Pat. mehrfach erbrochen. Das Erbrechen hielt noch der Operation an, auch klagte Pat. über Schmerzen im Leibe bei einer Abendtemperatur von 37,9°. Die Schmerzen und das Erbrechen bleiben in den nächsten Tagen in gleicher Intensität bestehen, ohne das besondere Temperatursteigerungen Veranlassung zu ernsterer Besorgniss geben. Am 29./12. werden die Suturen entfernt und es zeigt sich die Wunde per primam geheilt. Bis zum 31./12. hat Pat. dauernd an Erbrechen zu leiden, am 1. 1. bleibt es fort, um am nächsten Tage sich sofort wieder einzustellen. Sie erhält am 2. 2. ein clysma, wonach 2 ganz geringe Entleerungen erfolgen. Am 4. 1. steigt plötzlich die Temperatur auf 39,1°. Pat. sieht sehr collabirt aus. Der Puls an der Radialis ist nicht zu fühlen, an der Carotis zeigt er 140 Schläge, die stark mit Gas angefüllten Därme markiren sich deutlich durch die Bauchwand. In der Annahme eines Ileus wird zunächst eine energische Hegarsche Darm-

eingiessung applicirt, worauf einige wenige Flocken von Fäcalien entleert werden. Im Laufe des Tages geht die Temperatur auf 38,0 herab, der Puls bleibt frequent und klein. In der folgenden Nacht verschlechtert sich der Zustand der Pat. sehr schnell. Am nächsten Morgen 37,20; Puls an der Carotis 140. Dabei die Extremitäten kühl. Athmung stertorös Sensorium benommen. Abdom. stark meteoristisch aufgetrieben. Nach jeder Speiseaufnahme erfolgt Erbrechen. Excitantien bleiben erfolglos und es erfolgte an diesem Tage der Exitus letalis.

Bei der am 7. 1. vorgenommenen Autopsie fand sich in der Bauchhöhle das grosse Netz über die Därme verschlungen straff ausgebreitet und mehrfach theils mit der schwarz gräulich entfärbten Serosa der vorderen Bauchwand theils mit den durch Darmschlingen fibröse Adhäsionen verwachsen. Von dem unteren Theile des Netzes zieht sich ein ziemlich dicker fibröser Strang über eine Dünndarmschlinge hinweg, um sich an der Insertion des Mesenteriums derselben zu befestigen, wodurch die betr. Schlinge eine sehr beträchtliche Compression erleidet, dergestallt, dass ihre Lichtung auf den Umfang eines kleinen Fingers reducirt erscheint. Die genannte Schlinge ist ausserdem in dieser ihrer Lage dadurch fixirt, dass benachbarte darunter gelegene Darmschlingen ebenfalls durch Adhäsion mit dem Netz an sie angedrückt sind. Oberhalb der erwähnten Einschnürung ist der Dünndarm gewaltig dilatirt, schwappend gefüllt; die Oberfläche von dunkler Injection überzogen, ohne jedoch irgend welche Erscheinungen entzündlicher Exsudation darzubieten Letztere fehlt auch fast an allen anderen Stellen der Bauchhöhle Das unter der Einschnürung gelegene Stück ist bis zur Ileocovalklappe entschieden collabirt, besonders auffallend ist der Collaps der unteren Ileumparthie, die in das Becken hineingesunken, von dunkler schwarzer Farbe, etwa 7 - 8 cm oberhalb der Klappe mit der Ligaturstelle des abgetrennten rechten Ovarioms fest verwachsen ist. Nach dem Aufschneiden zeigt der Darm nur an der erst erwähnten Einschnürung eine kleine, über erbsengrosse Hamorrhagie der Mucosa, im Uebrigen ist die Schleimhaut ohne besondere Veränderungen, in der untersten Parthieen nur mit einem fibrinös schleimigen Inhalt ohne deutliche Chymusbeimischung erfüllt, während die oberhalb der Einengung gelegenen Schlingen mit dünnen fäculenten Massen reichlich gefüllt sind. Das Gewebe der Ligaturstelle sowie deren nächste Umgebung vollkommen frei von Zeichen acuter Entzündung (Eiterbildung, Thrombose.) Das Becken peritoneum diffus schiefrig

verfärbt, doch spiegelnd und glatt. Blase. Uterus Mastdarm normal. In den übrigen Organen keine in Betracht kommenden Veränderungen.

47. M. T, 20 J., unv. Linksseitiger Hydrops foll. Graaf. Glatte Heilung.

Aufg. den 8./2. 86. Pat., bisher stets gesund gewesen, ist seit 3 Jahren in unregelmässigen Intervallen menstruirt. Vor ca. 2 Monaten bemerkte sie eine Anschwellung im Leibe, die von links aufsteigend allmählich mehr und mehr zugenommen und ihr dabei zeitweise mancherlei Beschwerden verursacht. Jetzt findet man im Abd. einen Tumor, dessen oberer Rand 36 cm oberhalb des Nabels, 52 cm über dem oberen Rande der Symphyse steht. Am 9./2. wird die Punction des Tumors ausgeführt, auf die an den nächsten Abenden Temperaturen von 38_3—38_6 folgen. Auch sickerte nach der Punction noch längere Zeit hindurch Cysteninhalt nach. Bei der am 12. 2. vorgenommenen Laparotomie fand sich denn auch die Abdominalhöhle gefüllt mit der stark blutig verfärbten serösen Flüssigkeit während die Cyste selbst relativ leer und leicht herauszuziehen war. Es gelang ohne Mühe den dünnen von links herkommenden Stiel zu umschnüren und die Cyste abzutragen. Nach gründlicher Reinigung des Peritoneums Naht und Verband in üblicher Weise. Der weitere Wundverlauf war ein reactionsloser, so dass Pat. am 25./2. zum ersten Male das Bett verlässt. Am 9./3. wird sie geheilt entlassen.

Path. an Diagn.: Hydrops folliculi Graaf.

48. M. N., 31 J., verh. Hydrops tubae.

Aufg. 9./3. Pat. früher im Wesentlichen gesund gewesen, ist (seit einem Jahre unregelmässig menstruirt) seit 9 Jahren verheirathet. Vor 10 Jahren will sie zuerst auf ihr Leiden aufmerksam geworden sein, in den letzten 2 Jahren hat ihr dasselbe mancherlei Beschwerden verursacht. Jetzt fühlt man im Abd. einen Tumor ungefähr von der Grösse eines 4—5 monatlichen Uter. gravid; fluctuirend, der vorderen Bauchwand dicht anliegend. Der Uterus ist in die Länge gezogen, nach rechts hinüber drängt durch den linkerseits ihm dicht anliegenden Tumor. Am 13./3. wird die Laparotomie vorgenommen. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle präsentirt sich sofort der Tumor. Derselbe wird punctirt, dann herausgezogen. Dabei zeigte sich, dass er mit breiter Basis der linken Kante des Uterus aufsitzt. Dieselbe wird mittels einer nach beiden Seiten gelegten Doppelligatur, von Catgut umschnürt

und über dieser Ligatur der Tumor abgetragen. Nach völliger Blutstillung Toilette des Perit. Naht und Verband in üblicher Weise. Die Heilung der Wunde ging per primam vor sich. Am 27./3. konnte Pat. schrn. entlassen werden.

Der exstirpirte Tumor darf wohl als Hydrops Tubae angesprochen werden. Seine breite Verbindung mit dem Uterus machte eine Radicaloperation unmöglich, wenn man nicht gleichzeitig auch den Uterus hätte mit exstirpiren wollen. Wenn Pat. daher auch einstweilen als geheilt entlassen ist, bleibt natürlich die Prognose bezgl. eines Recidivs eine zweifelhafte Sache.

49. A. R., 22 J., unver. Linksseitige Ovarialcyste. Am 6. Tage exitus infolge acuten Lungenödems.

Aufg. 22./3. Pat. ist früher im Wesentlichen gesund gewesen. (Seit 6 Jahren ist sie menstruirt, anfangs in 4 tägigen, letzhin in 3 wöchentlichen Interwallen bei stets reichlicher bis 6 tägiger Bluttung.) Vor 5 Jahren bemerkte sie zum ersten Male einen Tumor im Abd., der besonders im letzen Jahre schnell gewachsen ist und ihr mannigfache Beschwerden, Schmerzen, Obstipation und Oedeme der unteren Extremitäten verursacht hat. Jetzt findet man das ganze Abd. dessen Maximalumfang 9 cm misst, gleichmässig ausgedehnt durch einen grossen fluctuirenden Tumor, der mit seiner Kuppe mitten zwischen Nabel und Proc. xiph. liegt. Die interne Untersuchung sichert die Diagnose einer Ovarialcyste, so dass die Ovariotomie in Aussicht genommen wird, trotzdem Pat. hochgradig anämisch ist. Leicht hauchende anämische Geräusche über dem Cor, eine geringe Infiltration der linken Lungenspitze; reichlich Ronchi sonore über den beiden Lungen. Am 23. 3. wird die Punction der Cyste ausgeführt und bis zum 24. 3. Pat. wegen ihres Bronchialkatarrhs mit Expectorantien behandelt. An diesem Tage wird die Laparotomie vorgenommen, da die vorherigen Beschwerden von Seiten der Lungen dieselbe nicht contrain dicirten. Dieselbe war denkbarst einfach. Die Cyste hing an einem langen, von links kommenden Stiel, der sich sehr leicht umschnüren liess. Die Bauchwunde hatte etwa eine Länge von 5 cm. Die leichte, daher sehr schnelle Ausführung der Operation liess a priori die die Prognose natürlich günstig stellen. Leider bestätigte dieselbe sich nicht. Am 2. Tage stellte sich heftiger Husten ein bei normaler Körpertemperatur. Abends stieg dieselbe auf 38,3, am nächsten Morgen auf 39,3. Dabei starke Dyspnoe und Cyanose, Puls 120; über der ganzen vorderen Thoraxfläche reichliches

Rasseln, rechterseits Schmerzen ohne nachweisbare Dämpfung. Am Nachmittage des 28./3. zeigt das Sensorium benommen. Es werden auf der vorderen Bauchwand rechterseits 13 trockene Schröpfköpfe applicirt. Trotz energiger Darmnösungen Excitantien nahmen Dyspuve und Dyanose mehr und mehr zu; immer deutlicher wird das Bild eines ausgesprochenen Lungenödems und am 29. 3. Vorm. tritt der exitus letal. ein. Während der ganzen Zeit kein Meteorismus, keine Druckempfindlichkeit des Abd. zu constatiren, nur am 27./3. hatte 'Pat. über geringe Schmerzen' beim jedesmaligen Husten geklagt.

Path. an Diagnose Cystom multiloculare, (Cyst. prolifer. glandulare).

50. M. G., 21 J., unv. Uniloculäre Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufg. den 24./3. 86. Pat. ist früher stets gesund gewesen. Vor ca. $^1/_2$ Jahre begann ihr jetziges Leiden zunächst mit heftigen Schmerzen im Abd., und bemerkte sie eine Anschwellung, der ein mehr und mehr sich vergrössernder Tumor folgte. Jetzt zeigt sich im Abd. ein Tumor, dessen Kuppe 31 cm. über dem Nabel, 18 cm über der Symphyse steht. Am 26./3. wird die Ovariotomie ausgeführt. Nach vorheriger Entleerung der Cyste lässt sich ihr dünner Stiel leicht mittels Gummiligatur umschnüren, dann wird der Tumor abgetragen. Die Operation wie auch der Heilungsprozess verliefen völlig glatt, so dass Pat am 14./4. die Klinik geheilt verlassen konnte.

Path. an. Diagn.: Kystoma uniloculare (Kyst. papilliferum).

51. L. F., 25 J., Rechtsseitige Colladcyste. Glatte Heilung.

Aufg. 10./5. 86. Pat. ist früher stets gesund gewesen. Vor ca. 10 Monaten bemerkte sie eine Anschwellung in der linken Seite des Unterleibes, die seitdem rapid gewachsen ist und der Pat. vielfache Beschwerden verursacht hat. Der schnelle Kraftverfall während dieser Zeit veranlasste sie die Operation vornehmen zu lassen. Im Abdom findet man jetzt einen grossen höckrigen fluctuirenden Tumor, dessen oberer Rand bis 3 Finger breit unterhalb des Proc. xiphoid. hinaufreicht und der die Brustorgane hoch in die Höhe gedrängt hat. Leibesumfang in Nabelhöhe 93 cm. Bei der internen Untersuchung fühlt man von der rechten Seite des stark nach links discolirten Uterus einen Strang zu dem Tumor hinaufgehn. Am 17./5. wird

Cyste punctirt und am 22./5. die Ovariotomie ausgeführt. Dieselbe ging leicht von statten, der vom rechten Ovarium ausgehende Stiel liess sich bequem umschnüren. Auch der weitere Wundverlauf war ein absolut guter, so dass Pat. am 12./6. geheilt die Klinik verlassen konnte.

Path. anat. Diagnose proliferirendes Colloidsystom.

52. A. K., 47 J., Linksseitiger Hydrops folliculi. Glatte Heilung.

Aufg. d. 15./5. Pat. früher im Wesentlichen gesund gewesen, ist seit ihrem 13. Jahre regelmässig menstruirt. Sie hat 6 Entbindungen und 2 Aborte durchgemacht. Seit wann ihr jetziges Leiden besteht vermag sie nicht anzugeben. Sie glaubt December 84 schon eine stärkere Anschwellung des Abdomens als bis dahin gehabt zu haben. In letzter Zeit hatte sie an Athembeschwerden zu leiden und ist deshalb vor 4 Wochen punctirt worden. Etwa 6 Liter einer wasserklaren Flüssigkeit sollen damals entleert worden sein. Jetzt reicht der deutlich fluctuirende Tumor nach oben bis etwas über den Nabel hinauf. Im Uebrigen zeigt er alle Zeichen einer Ovarialcyste, so dass am 21. 5. zur Ovariotomie geschritten wird. Dieselbe bot keinerlei Schwierigkeiten. Der Stiel vom linken Parametrium ausgehend liess sich leicht umschnüren. Der Wundverlauf war absolut glatt, so dass am 10. 6. Pat. die Klinik verlassen konnt.

53. J. P., 32 J., Linksseitge Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufg. den 31./5. 86. Pat. als Kind stets gesund gewesen, hat vor 10 Jahren geheirathet. Bald nach ihrer Verheirathung litt sie an einem entzündlichen Prozess in der rechten Inguinalgegend, der zur Eiterung und dadurch bedingter mehrfach operativer Behandlung führte. Bald darauf hat sie einen Partus durchgemacht. Im Februar d. J. bemerkte sie eine ca. faustgrosse Geschwulst in der linken Unterbauchgegend, die seitdem stetig gewachsen ist und ihr viele Beschwerden verursacht hat. Jetzt findet sich im Abdomen ein fluctuirender Tumor von der Grösse eines Uterus gravidus von 8 Monaten, der in seinem Verhalten ganz die Erscheinungen einer Ovarialcyste bietet. Der interne Befund bestätigt die Diagnose, weshalb am 2./6. eine Punktion und am 6./6. die Ovariotomie vorgenommen wird. Die letztere

liess sich bequem ausführen. Bei der Dürrheit und Zerreisbarkeit der Cystenwandungen liess sich nicht vermeiden, dass viel Fluidum, Cysteninhalt und Blut, in die Peritomalhöhle drang. Trotsdem zeigte sich der weitere Wundverlauf absolut reactionslos nicht eineinziges Mal Temperatursteigerung über die normale Grenze. Am 28./6. konnte Pat. daher auch schon geheilt die Klinik verlassen.

Path. an Diagn. Kyst. prolif. glandulare.

53. L. M., 35 J., Rechtsseitige Cyste (Parovarialcysse) bei bestehender Gravdität. Glatte Heilung. Geringe Schmerzen p. op.

Aufg. 23./6. Pat. ist als Kind stets gesund gewesen. In ihrem 23. Jahre machte sie anscheinend eine Hämatocele durch. 4 Entbindungen und Wochenbetten, das letzte vor 2 Jahren, verliefen normal. Um diese Zeit bemerkte sie eine kleine Geschwulst im Leibe rechterseits, die seitdem mehr und mehr, wenn auch langsam, gewachsen ist. Seit 2 Monaten sind die bisher regelmässigen Menses ausgeblieben, sie selbst glaubte schwanger zu sein. Die heftigen Schmerzen, die der Tumor der Kranken veranlasste sie, sich an die Klinik zu wenden. Es zeigt sich nun im Abd. ein ca. faustgrosser Tumor über der Symphyse anscheinend von derber Consistenz nach allen Seiten hin verschieblich. Hinter ihm findet man bei interner Exploration den etwas vergrösserten, weichen Uterus. Die äussere Palpation, die Vaginal- und Rectaluntersuchung liessen zwar die Diagnose einer Ovarialcyste mit einiger Wahrscheinlichkeit stellen, doch war dieselbe, schliesslich hauptsächlich auf Exclusion anderer Tumoren basirend, doch nicht sicher genug, um der Pat. eine Operation vorzuschlagen. Sie selbst aber bestand mit der grösten Consequenz darauf, da sie durch die jetzigen Beschwerden völlig erwerbsunfähig geworden. Unter den üblichen Cautalen wird daher am 10./12. die Laparotomie vorgenommen. Hierbei findet man eine ca. faustgrosse, pralle Cyste, mit dünnem Stiele neben dem rechten Ovarium entspringend. Letzteres wird erhalten, der Tumor exstirpirt. In den ersten Tagen klagte Pat. über geringe Schmerzen an der Operationsstelle, doch erholt sie sich sehr bald so weit, dass sie am 28./7. entlassen werden kann. Jetzt liegt der uterus

in normaler Anteflexion, seine Grösse entspricht einer Gravidität etwa von 4 Monaten.

Path. an. Diagn. Parovarialcyste oder Hydrops folliculi.

55. W. T., 48 J., verh. Linksseitige Ovarialcyste mit mässig. Adhäsionen. Glatte Heilung.

Pat, früher stets gesund gewesen, hat 5 Entbindungen und Wochenbetten durchgemacht, die letzte vor 8 Jahren. Vor 1 Jahre Eintritt der Menopause. Seit 3 Jahren glaubt sie eine Umfangszunahme ihres Abdomens bemerkt zu haben. Im April d. J. wurde sie der grossen Beschwerden wegen einmal zu punctirt, die ihr die Geschwulst bereitete. Jetzt findet man das ganze Abdomen von einem Tumor eingenommen. Der Leibesumfang in Nabelhöhe beträgt 130 cm, der Abstand des Nabels von der Symphyse 52 cm. Am 1./7., dann am 6./7. wird die Cyste punctirt. Trotzdem jedes Mal ca. 7—8 Liter Inhalt entleert werden, füllt sich die Cyste doch zusehends wieder. Dabei finden sich bei völligem Wohlbefinden der Pat tägliche Temperatursteigerungen Am 10./7. wird die Ovariotomie ausgeführt. Die Ausführung derselben bot nichts Besonderes. Die Adhäsionen zwischen Cystenwand und Netz wurden nach vorheriger doppelter Unterbindung durchschnitten, der dünne Stiel mit Leichtigkeit umschnürt. Ein Theil Cysteninhalt drang in die Bauchhöhle, keine Toilette des Peritoneums. Trotzdem auch in diesem Falle keine Reaction von Seiten des Bauchfells, vielmehr prima intentiv und glatte Heilung, so das Pat. am 30./7. geheilt die Klinik verlassen kann.

Path. an. Diagn.: Kyst. prolif glandul.

56. A. W., 48 J, verh. Linksseitige Dermoidcyste. Glatte Heilung.

Aufg. den 19./7. Pat. ist als Kind stets gesund gewesen. 17 Jahre alt heirathete sie. Die Ehe blieb steril. Seit ihrem 18. Jahre ist sie regelmässig menstruirt. Vor 6 Monaten bemerkte sie zum ersten Male eine stärkere Anschwellung ihres Leibes. Heftige Schmerzen zwangen sie damals das Bett zu hüten und ärztliche Hilfe nachzusuchen. 4 Monate lag sie fast zu Bett, wurde mit Eis, Blutentziehungen etc. behandelt. Seit 2 Monaten ist sie ausser Bett, hat aber viel an Schmerzen im Leibe zu leiden. Jetzt findet man im Abdomen theils derben, theils anscheinend gering fluctuirenden Tumor, der mit seiner Hauptmasse linkerseits gelegen, vom kleinen Becken bis zur

Höhe des Nabels aufsteigt. Sein mittels Prav. Spritze entleerter Inhalt zeigt microscopisch grosse Mengen von Fettkörperchen und einige fragliche Epithelzellen. Daraufhin wird die Laparotomie vorgenommen zur Exstirpation der Dermoidcyste. Dieselbe wird in der üblichen Weise ausgeführt, bietet nichts Besonderes. (Auch hier drang etwas Cysteninhalt in die Bauchhöhle, von einer gründlichen Toilette des Perit. wird Abstand genommen.) Auch der weitere Wundverlauf war ein absolut reactionsloser, so dass Pat. am 10./8. geheilt die Klinik verlassen konnte.

Path. an. Diagn: Dermoidcyste mit Epithelien, Knochen, Zähnen, Haaren etc.

57. K. L., 41 J., verh. Rechtsseitige Ovarialcyste. Rest des Ovarismus. Glatte Heilung.

Aufg. d. 7. 9. Pat. früher gesund gewesen, hat in 19jährig. Ehe 4 Entbindungen durchgemacht, zuletzt vor 8 Jahren. Im Juli d. J. bemerkte Pat. eine Geschwulst im Abd, die seitdem rasch gewachsen ist, ohne ihr Schmerzen zu verursachen. Jetzt reicht der deutlich fluctuirende Tumor etwa 2 3 Finger breit über den Nabel. Rechterseits geht er tief ins kleine Becken, linkerseits kann man bequem zwischen Tumor und der Beckenwand mit der Hand eindringen. Der Uterus liegt links vorne, etwas nach unten gedrängt, sein Cavum ist gering vergrössert. Rechts vom Uterus geht ein Strang bis zu einem kleinen dicken Tumor, (Ovarium), der sich unmittelbar in den fluctuirenden Tumor fortsetzt. Am 18. 9. wird die Ovariotomie ausgeführt. Dieselbe bot nichts Besonders. Der von rechts kommende Stiel lässt sich bequem umschnüren und die Cyste oberhalb des rechten Ovariums abtragen. Der weitere Wundverlauf war ein absolut glatter. Die Temperaturen blieben andauernd normal, so dass Pat. am 9. 10. geheilt die Klinik verlassen konnte. Path. an. Diagnose: Kyst. prolif. colloid. ovar.

58. A. Ph., 55 J., verh. Linksseitige Ovarialcyste mit mehrfachen Adhäsionen. Heilung durch eine Cystitis nicht verzögert.

Aufg. d. 7. 9. 86. Pat. ist früher stets gesund gewesen. Vor 7 Jahrn — es war um die Zeit des Beginns der Menopause — litt sie viele Schmerzen in der Herzgegend verbunden mit Urinbeschwerden; schon damals hatte sie eine Anschwellung ihres Leibes bemerkt, die anfangs langsam, seit Frühjahr dieses Jahres

schneller zugenommen. Sie wurde damals in der Klinik behandelt, aber entlassen mit dem Bescheide, dass sie eine Geschwulst im Leibe habe, die voraussichtlich jetzt nicht mehr weiter wachsen würde. Jetzt reicht der deutlich fluctuirende Tumor bis etwa 3 Fingerbreit unter den scrobiculus cordis. Der Uterus liegt nach rechts und hinten verdrängt. Im vorderen und linken Scheidengewölbe fühlt man den Tumor. Am 9. 10. wird die Ovariotomie vorgenommen. Mehrfache Adhäsionen der Cystenwand mit mehreren Dünndarmschlingen werden teils stumpf teils nach vorheriger doppelter Ueberbindung mit dem Messer gelöst. Der kurze Stiel, von links her kommend, lässt sich bequem umschnüren. Während der weiteren Behandlung acquirirte Pat eine Cystitis Nachdem die Wunde völlig vernarbt, die Cystitis fast völlig zurückgegangen war, verliess Pat am 30. 10. die Klinik. Path. an. Diagn Kystoma ovari.

59. E. B., 40 J., verh. Rechtseitige Ovarialcyste mit älteren Blutungen. Vorangeganger Abort bei bestehender Geschwulst. Keine Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufg. d. 16. 10. 86. Pat. ist früher gesund gewesen In 18-jähriger Ehe hat sie 11 Entbindungen und 2 Aborte mitgemacht. Vor 3 Jahren. nach der 11. Entbindung. bemerkte sie in der rechten Seite des Abd. eine ca. hühnereigrosse, freibewegliche, schmerzlose Anschwellung, die bis April d J unverändert blieb. Um diese Zeit machte sie einen Abort im 2. Monat durch. Bald nach demselben stellten sich heftige Schmerzen im Leibe, ein die nach dem rechten Beine hin ausstrahlend, unter plötzlicher schneller Zunahme der Grösse des Tumors. Am nächsten Tage verschwanden die Schmerzen. Etwa alle 4 Wochen wieder holten immer wieder nur etwa 4—8 Stunden anhaltenden Gefälle, stets in der Zeit zwischen 2 Menstruationen. Allmählig hat aber die Grösseder Geschwulst zugenommen, so dass sie jetzt etwa einem Uterus gravid. von 5—6 Monaten entspricht. Sie fluctuirt deutlich, ist frei beweglich, aber sehr druckempfindlich. Der Uterus ist nach rechts und hinten verlängert.

Bei der 35./10. vorgenommenen Ovariotomie lässt sich die Cyste leicht exstirpiren. Ihre Wandung war auffallend blauroth verfärbt, zeigte aber keinerlei Adhäsionen. Der von rechts kommende Stiel war bequem zu unterbinden. Der weitere

Wundverlauf war normal. Am 13./11 verlässt Pat. beim besten Wohlbefinden die Klinik.

Pathol. anat. Diagnose: Cyst. ovarii mit älteren Blutungen.

60. A. U., 34 J., verh. Vereiterte Ovarialcyste. Die Heilung durch kleine Abscessbildungen in der Wundlinie nicht wesentlich verzögert.

Aufg. 28./8. 1886. Pat. früher stets gesund gewesen, hat 22 Entbindungen durchgemacht, die letzte vor 5 Jahren. 14 Tage nach dieser bemerkte Pat. zuerst eine unter heftigen Schmerzen sich ausbildende Geschwulst im Leibe, die mehr und mehr wuchs 3 Mal wurde sie punktirt und stets mehrere Liter einer gelblich eiterige Flüssigkeit entleert. $^3/_4$ Jahre nach der Entbindung erfolgte unter Fiebererscheinungen der spontane Durchbruch in der Nabelgegend. Hier besteht seitdem eine Fistel, die dauernd nicht unerhebliche Mengen Eiter secernirt. Jetzt findet man eine scheibenförmige, resistente Parthie in der vorderen Bauchdecken, die sich anscheinend nur in diesen localisirt hat, weiter nach der Tiefe nicht zu verfolgen ist. Die Bauchhaut ist über ihr geröthet theilweise ulcerirt, nicht verschieblich, auf Druck empfindlich. Geringer Druck auf die stark infiltrirte Umgebung der Fistel lässt grössere Mengen eines dicken rahmigen, nicht übel riechenden Eiters aus der Perforationsstell austreten, ein Zusammenhang mit dem Uterus oder den Adnexen desselben lässt sich nicht nachweisen.

Am 29./9. wird die Fistel erweitert. Dabei kommt man auf einen aus vielen einzelnen mit dicken, klaren colloider Flüssigkeit gefülten kleinen Hohlräumen bestehenden Turnor in dessen Tiefe die Abscesshöhle liegt. Der Zugang zu dieser wird möglichst mit dem Messer erweitert, dann das ganze Carum mit Jodoformgaze austamponirt. Die weitere antiseptische Wundbehandlung liess zwar die Eiterung geringer werden, da aber auf diesem Wege eine Radicalheilung nicht zu erwarten war, wird am 25./10. Exstirpation der Cyste mittels Laparotomie geschritten. Dieselbe wird in gewohnter Weise ausgeführt. Die Abtragung des Tumors von seinem nach der Tiefe gehenden Stiel liess sich bequemausführen. Von der vorderen Bauchwand konnte er aber nicht abgelöst werden, ohne dass ein ovaläres Stück derselben, die Fistelöffnungen enthaltend, mit extirpirt wurde. Der Defect in der Bauchwunde liess sich aber ganz gut durch Anlegung einer festen Naht schliessen. Der weitere Wundverlauf normal.

61. A. W., 26. J., unv. Rechtsseitige uniloculäre Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufg. d. 10./11., 2./7. entl. Pat. früher stets gesund gewesen, wurde vor ca. 5 Wochen durch andere Leute auf ihr jetziges Leiden aufmerksam gemacht. Die Untersuchung der sonst gesunden Pat. ergiebt einen fluctuirenden Tumor im Abd.; dessen oberer Rand etwa um Handbreite den Nabel überragt. Sein Zusammenhang mit den Genitalorganen ist leicht nachweisbar. Am 13./11. wird die operative Entfernung der Geschwulst vorgenommen. Dieselbe, in üblicher Weise ausgeführt, verlief absolut glatt und nahm etwa 30 Minuten in Anspruch. Die einkämmerige, gut gestielte Cyste liess sich sehr leicht exstirpiren. Der weitere Wundverlauf war völlig reactionslos. Am 22./11. konnten die Suturen entfernt werden, prima in 3 überall erreicht. Am 3./12. verliess Pat. geheilt die Klinik.

Path. Diagn. einfache Cyste des Over.

62. J. D., 50 J., verh. Linksseitigr Ovarialcyste mit mannigfachen Adhäsionen. Heilung mehrfach durch Schüttelfröste unterbrochen, sonst glatt.

Pat. hat im 27. Jahre ihre erste und einzige Entbindung durchgemacht. Seit der Zeit cessiren die Menses. Schon in den 30jer Jahren will sie den Beginn ihres jetzigen Leidens bemerkt haben, im letzten Jahre hat aber die Geschwulst solche Zunahme gezeigt und so heftige Beschwerden verursacht, dass Pat. sich genöthigt sah in der Klinik Hilfe zu suchen. Jetzt findet man das ganze Abd. sehr stark aufgetrieben. Sein grösster Umfang beträgt 130 Ctm. Vor der Symphyse zum Nabel 38 Ctm.; zum Proc. xiph. 70 Ctm Ueberall hat man das Gefühl der fluctuation, ausser in dem Theile des Scrobic. cordis und den abhängigsten seitlichen Parthieen zeigt das ganze Abd. gedämpften Percussionsschall. Die Brustorgane sind stark nach oben hinaufgedrängt. Bei einer Punction am 16./11. wurden 13 Liter einer trüben, zähen Flüssigkeit entleert. Am 20./11. wird sodann die Ovariotomie vorgenommen. Dieselbe bot nichts Besonderes. Mannigfache Adhäsionen des Cystosarkoms mit der vorderen Bauchwand und dem Dünndarm erschwerten sie zwar etwas, doch liess der gut gestielte Tumor sich im Uebrigen bequem exstirpiren. Am 1. und 2. Tage nach der Operation war das Befinden der Kranken nicht besonders Erhöhte Temperatur frenquirter Puls, sehr häufiges Aufstossen, dabei das Gefühl grosser Unruhe mussten einigermassen Besorgniss erregen.

Diese Beschwerden legten sich aber schon am dritten Tage, so dass am 28./11. die Suturen entfernt werden konnten.) Ueberall prima int. erreicht. Am 1./12. verlässt Pat. zum ersten Male das Bett. Als sie das am 3./12. wiederholte, stellte sich bald danach ein heftiger Schüttelfrost ein, Temperatursteigerung, sehr frequenter Puls. Einige Stunden darauf reichlicher Schweiss. Am nächsten Vor- und Nachmittage dieselben Erscheinungen. Am 5. 12. kein Schüttelfrost, doch bleibt die Temperatur noch etwa auf 39°. Von nun ab geht dieselbe allmählich wieder zur Norm herunter. Die Beschwerden hören auf. Am 7./12. stellt sich ausgedehnter Herpes labial. und nasal. ein. Weiterhin dauerndes Wohlbefinden und am 13 12. Entlassung der Pat.

Path. an. Diagn.: Colloidcystom.

Am 29./7. 87 stellte sich Pat wieder vor; ihr Befinden war sehr gut; keine Bauchhernie.

63. H. F., 40 J., verh. Linksseitige vereiterte Ovarialcyste ohne Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufg. d. 9./12, entl. d. 28./12 86. Pat. seit ihrem 16. Lebensjahre regelmässig menstruirt, hat in 14jähriger Ehe 5 Entbindungen durchgemacht, die letzte am 8./10 d. J. Im letzten Wochenbette erkrankte sie unter Fieber und hat 5 Wochen das Bett hüten müssen. Seit dieser Zeit nimmt nun der Leibesumfang mehr und mehr zu, wodurch der Pat. mancherlei Beschwerden verursacht werden.

Jetzt findet man im Abd. einen über mannskopfgrossen, mehr nach links gelegenen, fluctuirenden und leicht beweglichen Tumor.

Seine Kuppe reicht linkerseits bis zum Rippenrande, rechts nicht so hoch hinauf. Der Leibesumfang beträgt 90 cm, die Entfernung des oberen Randes des Tumors von der Symphyse 28 cm. Am 11./12. wird die Ovariotomie vorgenommen. Bei derselben zeigte sich die Cyste mit eiterigem Inhalte erfüllt, von denen ein kleiner Theil auch in die Peritonealhöhle drang. Der von links kommende Stiel liess sich bequem unterbinden, so dass die ganze Operation etwa $^1/_4$ Stunde dauerte. Eine gründliche Toilette des Peritoneum wurde nicht gemacht, doch zeigte sich keinerlei Reaction von Seiten des Bauchfells. Die Temperaturen blieben andauernd normal. Am 20./12. werden die Suturen (pr. int.) entfernt und am 28./12. Patient geheilt entlassen.

Path. an. Diagn. vereiterte Ovarialcyste.

64. F. N., 36 J., verh. Linksseitge multiloculäre Ovarialcyste mit zahlreichen Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufg. d. 5. 1. entl. 26. I. 87. Pat., früher im Wesentlichen gesund gewesen, ist seit 6 Jahren verheirathet. Vor 5 Jahren machte sie eine normale Entbindung durch. Vor 4 Jahren sollen sich beim Heben einer Last plötzlich Schmerzen im Leibe eingestellt haben, die in geringem Grade bis zum letzten Frühjahr bestanden. Seitdem nahm das Abd. allmählich an Ausdehnung zu unter Steigerung der Schmerzen im Leibe. Seit 7 Wochen hat Pat. ihretwegen das Bett hüten müssen. Jetzt zeigt das Abdomen in Nabelhöhe einen Umfang von 92 cm. Es ist fast ganz ausgefüllt durch einen grossen, fluctuirenden, mit den Gewebsorganen zusammenhängenden Tumor, der nach oben fast an den Rippensaum hinaufragt. Seine Oberfläche zeigt noch hochknollige Prominenzen, augenscheinlich ein multilocul. Overialsystom. Am 8. 1. wird in üblicher Weise die Ovariotomie ausgeführt. Dieselbe ging glatt von statten, da die wenn auch zahlreichen Adhäsionen mit dem Netz sich leicht lösen liessen und ein langer dünner, von links herkommender Stiel die Exstirpation leicht ausführen liess. Der weitere Wundverlauf war absolut reactionslos, daher konnte Pat. am 26. 1. in bestem Wohlbefinden entlassen werden. —

65. B. L., 50 J., verh. Rechtsseitge Overialcyste. Glatte Heilung.

Aufg. d. 3. 2., entl. 24. 2. 87. Pat., früher stets gesund gewesen, hat 7 normale Entbindungen durchgemacht. Vor $4^1/_2$ Jahren cessirten die Menses. Seit $^1/_2$ Jahr besteht blutiger Ausfluss, der ziemlich regelmässig immer ca. 10 Tage anhält, um dann nach wiederum 10 Tag. sich einzufinden. Vor 3 Mon. bemerkte sie eine Geschwulst im Leibe, die seitdem gleichmässig gewachsen ist. Jetzt zeigt das Abd. in Nabelhöhe einen Umfang von 90 Ctm. In ihm findet man einen fluctuirenden Tumor, dessen obere Grenze 3 fingerbreit über dem Nabel liegt.

Die am 5. 2. vorgenommene Ovariotomie liess die Entfernung des Tumors leicht bewerkstelligen. Dieselbe verlief absolut glatt, dementsprechend auch der weitere Wundverlauf. Nachdem am 14. 2. der übliche Verband durch Heftpflasterstreichen ersetzt war, war am 24. 2. Pat. so weit hergestellt, dass sie geheilt die Klinik verlassen konnte.

66. C. S., 23 J., Rechtsseitige Ovarialcyste mit mannigfachen Adhäsionen. Normale Heilung.

Aufg. 4./4. 87. Pat. ist, nachdem sie in der ersten Jugendzeit die Pocken durchgemacht, stets gesund gewesen. Im Nov. v. J. spürte sie beim Gehen plötzlich einen heftigen Schmerz in der rechten Abdominalhälfte, der durch Gebrauch von warmen Umschlägen aufhörte, um sich im Januar, dann im Februar d. J wieder einzustellen, das letzte Mal unter Temperatursteigerung bis zu 39,5 . Anfang März constatirte der behandelnde Arzt einen Tumor, der seitdem mehr und mehr an Grösse zunahm. Jetzt ragt derselbe etwa 13 cm überden oberen Symphysenrand hinauf, liegt hauptsächlich rechts, ist frei beweglich, fluctuirt. Am 7. 4. wird die Laptomie ausgeführt. Es zeigten sich im Abdom der Tumor von ca. 2 Faustgrösse an einem dünnen von rechtskommenden Stiele befestigt. Mannigfache Adhäsionen mit Netz und Dünndarm liessen sich stumpflösen, so dass die ganze Operation schnell und glatt ausgeführt werden konnte. Die Temperaturen blieben ausser am 2. und 3. Tage (38,1° und 37,9° Abends) in den normalen Grenzen so dass Pat. bald entlassen werden konnte. Am 6. April 89 stellte sich Pat. wieder vor; sie ist regelmässig menstruirt. Innerer Befund ganz normal.

67. A. H., 62 J., Linksseitige Ovarialcyste mit mannigfachen Adhäsionen und breitem Stiel. Exstirpation unvollständig; starb am 5. Tage p. op. an Peritonitis.

Aufg. d. 14./4., gest. 23./4. 87. Pat., früher stets gesund, seit ihrem 14. Jahre regelmässig menstruirt, heirathete im 43. Lebensjahre. Die 2jährige Ehe blieb kinderlos. Im Sommer v. J. will sie einen Proleps bekommen haben, desswegen sie hisher ein Pessbr. tragen musste, Vor 8 Wochen bemerkte sie zuerst eine Geschwulst im Leibe, die sehr schnell wuchs und ihr jetzt Athemnoth verursacht, zeitweise Oedem der Unterextremitäten, besonders am rechten Unterschenkel. Jetzt findet man im Abdomen einen Tumor der denselben fast ganz einnimmt. Er zeigt mehrfache Prominenzen an seiner Oberfläche, Fluctuation und steht, wie die interne Exploration ergiebt, mit den Geschlechtsorganen in directer Verbindung so, dass durch ihr das redoflectirte Corpus dabei ganz nach links hinübergedrängt ist. Am 14. 7. werden durch Punction ca. 4—5 Liter Inhalt entleert Darnach ist der Tumor beweglicher. Doch lässt sich ein Stiel

auch jetzt nicht nachweisen. Am 19. 4. wird die Laparotomie ausgeführt. Bei derselben zeigt sich die Cyste mit dem Colon-axcendens fest werwachsen. Die Adhäsionen mussten durchschnitten werden. Nach Lösung derselben war eine Entwickelung des Tumors aus der Bauchhöhle doch nicht möglich, da seine untere Kuppe breitbasig dem Peritoneum aufsass. Deshalb wird der Cystensack unter Zurücklassung eines Theils der Geschwulst möglichst tief mittels elas. Ligatur umschnürt, dieselbe durch seitliche Nähte an den Stumpf noch befestigt und an der nach Abtragung des über der Ligatir befindlichen Theiles der noch restirende Theil durch Catjut vernäht. Dann Toilette des Peritoneum und üblicher Verband. Die ganze Operation nahm etwa 20–30 Minuten Zeit in Anspruch. An den 3 ersten Tagen nach der Operation befand sich Pat. durchaus wohl. Am 22. N. steigt die Abendtemperatur auf 38,6°. Dabei zeigte sich geringe Schmerzhaftigkeit des Abdom. Am nächsten Tage sinkt die Temperatur in der Achselhöle zwar noch auf 37,6 ° doch nahmen die übrigen Symptome der beginnenden Peritonitis in bedrohlicher Weise zu. Druckempfindlicheit des Abd., Erbrechen, sehr frequenter, dünner Puls, Benommenheit des Sensoriums. Und schon um 5 Uhr Nachmittags desselben Tages tritt auch unter stetiger Zunahme der so gefürchteten Symptome der Exis. totalis ein.

Die Section zeigte die Zeichen einer frischen Peritonitis. Nebenbei wurde noch eine cyodische Degeneration auch des rechten Ovariums und ein vorgeschrittene Verfettung der Leber constatirt.

68. J. Sch.. 29. J., verh. Linksseitige Ovoriallyste mit geringen Adhäsionen. Glatte Heilung,

Aufg. 14./3., entl. 8./7. 1887. Pat. seit dem 15. Jahre regelmässig menstruirt, hat September 1886 ihre erste normale Entbindung durchgemacht. Vor 3 Monaten konstatirte sie in der rechten Abdominalseite eine Geschwulst, die allmählig wuchs, Ende Februar puntirt wurde und dabei 3 Liter einer braunen, zähen Flüssigkeit entleerte. Jetzt zeigt der Abd. in Nabelhöhe einen Umfang von 77 cm, bedingt durch einen aus dem kleinen Becken aufsteigenden, bis fast zum Rippensaum hinaufragenden, fluctuirenden Tumor. Derselbe wird am 19./3. durch Laparotomie entleert. Geringe Adhäsionen dabei ein gut entwickelter dünner Stiel machen die Exstirpation des Tumors leicht. Nach der Operation keinerlei Reaction von Seiten des Peritoneum andauernd normale Tempera-

turen. Am 28./3. wird zum ersten Male der Verband gewechselt und am 8./4 Pat. geheilt enlassen.

69. C. M., 57 J., verh. Linksseitige Ovarialcyse mit leichten Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufg. 6./6. entl. 3./7. 1887. Pat. früher stets gesund gewesen, hat 10 Entbindungen, zuletzt vor 15 Jahen durchgemacht. Seit 25 Jahren ist sie nicht mehr menstruirt. Im September v. J. soll ihr jetziges Leiden begonnen haben. Die mannigfachen Beschwerden die dasselbe ihr verursachte, veranlasste sie sich an die Klinik zu wenden. Jetzt findet man im Abd. mit vielen Prominenzen einen fluctuirenden Tumor, der auf dem Ergebniss der in fernen Untersuchung von der linken Ovarimum ausgehend anscheinend vielfach adhärent, sich bis zum Nabel hinaufstreckt Behufs Exstirpation desselben wird am 11. 7. die Ovariotomie vorgenommen. Die Einschnürung des gut gestielten Tumors liess sich bequem ausführen. Dicht neben ihm entsprang von demselben Stiele eine kleine, ca. äpfelgrosse Cyste, die ebenfalls durch dieselben Ligatur abgebunden werden konnte. Mannigfache Adhäsionen zwischen Netz und Cystenwand liessen sich stumpf lösen. Nach vollständiger Toilette des Peritoneumses war viel Cysteninhalt zu der schon vorhandenen, blutig dingirten ascitischen Flüssigkeit hinzugeflossen. — Schluss der Bauchwunde und Verband in üblicher Weise. Der absolut reactionslose Wundverlauf machte schon am 3./7. die Entlassung der Pat. möglich.

Pathol. an Diagnose Colloidcystom des Ovariums.

70. A. Sch, 28 J.. verh. Linksseitige Dermoidcyste mit mannigfachen Adhäsionen. Die glatte Heilung wird durch ein anfängliches Fieber nicht verzögert.

Aufg. 4./8. Pat. früher stets gesund, 2 Entbindungen durchgemacht, die letzte vor 1 Jahr. Bald nach dieser bemerkte sie eine Geschwulst im Leibe, die von der linken Inguinalgegend aufsteigend sehr schnell gewachsen sein soll. Jetzt findet man das Abd. durch einen grossen Tumor soweit ausgedehnt, dass sein Umfang in Nabelhöhe 113 cm beträgt. Die Entfernung des Proc. ensiform und Symphyse beträgt 70 cm. Ueberall zeigt das Abdomen Fluctuation. In der freien Flüssigkeit der Abdominalhöhle fühlt man Handbreit unter dem Nabel beginnend einen rundlichen, scheinbar korkigen Tumor, dessen Grenzen nicht genau abzuhalgiren sind. Der Uterus liegt ganz nach hinten und rechts verdrängt. Engriorldousen

sind nicht infoltrirt, es besteht aber ein Nabelbruch. Eine Punction des Tumors in der linea alba, sodann zwischen Nabel und Spina ant. supr. entleert nur wenige Tropfen eines klaren, gelblichen Fluidums. Am 9./7. wird die Laparotomie ausgeführt. Nach Eröffnung des Periton. fliesst sofort eine grosse Menge der ascitischen gelatinös zähen Flüssigkeit heraus und lässt den Tumor nunmehr frei vorliegen. Derselbe zeigt ganz das Aussehen einer vielkämmerigen Overialcyste, beim Einschneiden manifestirt er sich aber als Dermoidcyste etc. Seine Adhäsionen mit dem Netz und dem Periton. im oberen Theile müssen vor der Durchtrennung unterbunden werden. Sehr schwierig wurde die Befreiung der Basis des Tumors von ihren Adhäsionen, zu mal im Douglas'schen Raume. Die hintere Uterusfläche und das ganze linke Lig. lat. sind innig mit der Cystenwand verwachsen. Die stark verdickte linke Tuba, die bis hoch an den Tumor hinaufgeht, wird unterbunden und abgetrennt. Nun erst lässt sich ein ca. 3 fingerdicker Stiel bilden. Derselbe wird mittels elastischer Ligatur umschnürt, sodann der Tumor abgetragen. Der exstirpirte Tumor war grösser als ein hochschwangerer Uterus. Nach seiner Entfernung, bei der ein nicht unerheblicher Blutverlust nicht zu vermeiden war; sinkt das Abdom. tief kahnförmig ein. Naht und Verband in üblicher Weise.

Die Temperatur in den ersten 3 Tagen nach der Operation war über die Norm hoch, Puls sehr frequent. Am 3. Tage liessen diese bedrohlichen Symptome aber nach und von dieser Zeit an schreitet der Heilungsprozess ohne Störung fort.

71. Ch. T., 40 J., verh. Rechtsseitige Ovarialcyste mit leichten Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufg. 11. 7. Pat giebt an, als junges Mädchen bleichsüchtig gewesen zu sein. Seit 7 Jahren verheirathet, hat sie 3 Puerperien durchgemacht, das letzte vor 5 Wochen, während dieses hatte sie das Gefühl „als ob in ihrem Leibe etwas besonderes vorgegangen", so dass sie glaubte mit Zwillingen schwanger zu sein. Als nach der Geburt der Leib halbkugelig aufgetrieben blieb, consultierte Pat. einen Arzt, der eine Geschwulst im Leibe constatierte. — Stat. pr.: Das abdomen der Pat. ist halbkugelig aufgetrieben. Der grösste Umfang beträgt 97 Ctm. etwas unterhalb des Nabels. Die Entfernung vom oberen Rande der Symphyse bis zum proc. xiphoideus beträgt 38 Ctm. Die Auftreibung des Abdomens ist durch eine Geschwulst

bedingt von der Grösse eines schwangeren Uterus im 8. Monat. Der Tumor ist glattwandig, bietet das Gefühl grosswelliger Fluctuation. Seine Grenzen sind nach oben und seitlich deutlich abzutasten, nach unten setzt sich der Tumor stielartig ins kleine Becken fort. Die interne Untersuchung ergiebt den etwas vergrösserten Uterus nach links und hinten gelagert, während der Tumor von rechts ausgegangen zu sein scheint.

Diagnose: Ovarialcyste.

Die am 16. 7. vorgenommene Ovaristomie verläuft ganz glatt; es bestehen nur geringe, leicht lösliche Verwachsungen zwischen Cyste und Bauchwand. Der Wundverlauf ist ein gänzlich glatter. Die pathol. anat. Diagnose bestätigt die Klinische.

72. W. B., 38 J., verh. Rechtsseitige Cyste des lig. latum und fibros degener. Ovarium. Glatte Heilung.

Aufg. 20. 7. Pat., welche im allgemeinen immer gesund gewesen, im August v. J. abortiert und fühlt sich von dieser Zeit an unter unbestimmten Beschwerden krank. Die Periode soll unregelmässig, schmerzlos aber bis zu 3 Wochen anhaltend sein.

Status pr. Das abdomen der Pat. ist durch einen etwa mannskopfgrossen runden, im abdomen ziemlich frei beweglichen Tumor halbkugelig aufgetrieben. Der convexe obere Rand der Geschwulst ist deutlich palpirbar, weniger deutlich sind es die seitlichen Ränder, während man eine ins kleine Becken führende Stielversorgung des Tumor undeutlich wahrnimmt. Fluction lässt sich des stark entwickelten panniculus adiposus der Bauchdecken wegen nur undeutlich auslösen. Adhäsionen des Tumors mit den Bauchdecken sind nicht zu constatieren. Percussionsschall leer. Bei der combinierten Untersuchung findet man das etwas vergrösserte und weiche corpus uteri nach links verdrängt, von der rechts liegenden Geschwulst ziemlich deutlich abgrenzbar. Ovarien sind nicht deutlich zu fühlen. — Bei Bewegungen der Geschwulst folgt der Uterus nur in ganz beschränktem Masse mit.

Klin. Diagnose: Cystoma ovar. dextr. Am 23./7. wird die Ovariotomie ausgeführt. Die Operation verlief vollkommen glatt. Bei der Entwickelung der Cyste findet man am Stiel haltend einen etwa mannsfaustgrossen soliden mässig weichen Tumor von glatter Oberfläche. Dann erst erscheint im unteren Wundwinkel der etwa 2 fingerdicke sehr starke Gefässe führende Stiel, welcher 4 mal um seine Achse troquirt ist. Wundverlauf und Allgemeinbefinden ohne jede Störung. 7./8. geheilt ent-

lassen. — Pathol. anatom. Diagnose: Cyste des lig. lat. und fibrös degenerirtes Ovarium.

73. H. S., 56 J., unv. Rechtsseitige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufg. 25./7., punct. 26./7., entl. 30./7. Aufg. 1./9., op. 6./12., entl. 27./9. Pat. giebt an im allgemeinen immer gesund gewesen zu sein. Seit 8 Jahren hat die Periode aufgehört. Vor einem Jahre bemerkte Pat. eine von rechts unten ausgehende Anschwellung, welche anfangs langsamer, seit 3 Wochen aber schneller zugenommen haben soll. Urin seit längerer Zeit drückend. Stuhlentleerung angehalten.

Stat. präs.: Das abdomen der Pat. ist stark halbkugelig aufgetrieben. Grösster Leibesumfang in Nabelhöhe 95 cm. Vom proc. Xiophid bis zum oberen Rand der Symphyse 45 cm. Die Auftreibung ist bedingt durch einen gewaltigen vom kleinen Becken ausgehenden Tumor, der nahezu den ganzen Bauchraum ausfüllt; nur links oben und seitlich ist der Percussionsschall tympanitisch, eine convexe Linie. Fluctuation deutlich nachweisbar. — Adhäsionen nicht zu constatieren. —

Klin. Dingnose. Cystoma ovarii.

26./7. Punktion in der linea alba; es werden 6 Liter einer braunroten dünnen Flüssigkeit entleert.

31./7. Pat. verlässt unter relativ gutem Allgemeinbefinden die Klinik.

1./9. wird Pat. wieder aufgenommen.

6./9. wird die Ovariotomie vorgenommen. Dieselbe verlief vollkommen glatt und leicht, und ebenso war der weitere Krankheitsverlauf ein anfangs sehr guter und fieberloser. Am 12. Tage nach der Operation wurde der Krankheitsverlauf noch durch eine Cystitis gestört, welche, da Pat. immer hatte catheterisiert werden müssen, wahrscheinlich dadurch hervorgerufen worden war. Doch wich dieselbe schon nach 3 Tagen einer entsprechenden Behandlung. Am 27. 9. wird Pat. geheilt entlassen.

Path. anat. Diagnose: Cystadenoma ovarii.

74. M. S., 51 J., verh. Linksseitige Overialcyste mit geringen Verwachsungen. Glatte Heilung.

Aufg. 16. 9., oper. 24. 9., entl. 12. 10. 87. Pat., welche im allgemeinen immer gesund gewesen, hat in 22jähr. Ehe 2 normale

Puerperien und 2 Aborte durchgemacht. Seit dem 45. Lebensjahre befindet sie sich im Climacterium. Vor ca. 2 Jahren bemerkte Pat. zuerst eine hühnereigrosse Geschwulst in der linken Seite des Unterleibes, welche immer grösser wurde dabei aber leicht beweglich blieb. Im Verlauf von $1\frac{1}{2}$ Jahren ist Pat. 3 mal punctiert worden. Es besteht Urindrang und giebt Pat. an letzter Zeit sehr abgemagert zu sein.

Status prässens: Die Brustorgane der kräftig gebauten, aber abgemagerten Frau zeigen geringe Verdrängungserscheinungen nach oben. Herzspitzenstos im 4. Intercostalraum. Das Abd ist durch einen Tumor stark emporgewölbt, misst im Umfange 110 cm, vom Nabel bis zur Symphyse 28 cm, von der Symphyse bis zum proc. xiphoideus 53 cm. Die obere convexe Grenze des Tumors reicht bis dicht unterhalb der Herzgrube. Die rechte Seite des Abdomens ist vollständig gedämpft; nur links oberhalb und seitlich vom Tumor in der Lumbalgegend ist noch Darmschall vorhanden. Der Tumor zeigt grosswellige Fluctuation. Auf der rechten Seite sind härtere anscheinend nicht fluctuirende Partieen vorhanden. — Intern: Vorderes Scheidengewölbe und Uterus durch den Tumor ein wenig herabdrängt. Eine bimanuelle Untersuchung des Uterus ist nicht möglich, doch scheint derselbe nicht vergrössert und leicht beweglich.

20. 9. Punction der Cyste (ca. 5 Liter chokoladenfarbige Flüssigkeit vom sp. Gew. 1070). Am 24. 9. wird die Ovarotomie vorgenommen. Dieselbe verläuft vollkommen glatt; geringe seitliche Adhäsionen werden stumpf gelöst. Der Stiel führt nach dem linken Ovarium.

Auch der Heilungsverlauf ist ein vollkommen normaler.

Anat. Diagnose: Cystoma ovarii (Colloidcystom. Cyst. prolif. glandul).

75. W. S., 29 J., Linksseitige Ovarialcyste mit geringen leicht löslichen Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufg. 19./9. op. 24./9. entl. 12./10. 1887. Pat ist im allgemeinen immer gesund gewesen, hat niemals concipiert. Seit 3 Jahren ist, angeblich von Erkältung die Menstruation ausgeblieben; erst im Januar dieses Jahres bemerkte Pat. in der linken Seite des Unterleibes eine anfangs hühnereiergrosse Geschwulst, die mit der Zeit an Umfang zunehmend, Athem- und Urinbeschwerden verursachte. Stuhlgang regelmässig.

Status präs: Brustorgane normal. Das Abdomen der mittelgrossen im übrigen gesunden Frau ist ziemlich stark hervorge-

wölbt, wie das einer hochschwangeren Person. Die Hervorwölbung ist bedingt durch einen Tumor von im ganzen eiförmiger Gestalt, dessen Kuppe unter dem rechten Rippensaum liegt. Die Oberfläche desselben ist durch grössere flacherhabene Hervorwölbungen unregelmässig gestaltet. Gedämpfter Schall über dem Tumor. An verschiedenen Stellen bietet der Tumor deutliche Fluctuation, während andere Partieen härtere Consistenz zeigen. Ausserdem fühlt man an verschiedenen Stellen bei Verschiebung der Bauchdecken gegen den Tumor deutliche Crepitation.

Diagnose: Ovarialcyste.

Die am 24. 9. ausgeführte Ovariotomie verläuft vollkommen glatt. Geringe Adhäsionen mit dem Netz und der vorderen Bauchwand lassen sich leicht stumpf lösen. Der fingerdicke Stiel der Tumors führt nach dem linken Ovarium.

Der Heilungsverlauf ist ein vollkommen glatter.

Pat. wird geheilt entlassen. Anat. Diag Kystoma ovarii.

76. A. St., 44 J. alt, verh. Ovarialcyste mit gestielten Verbindungen nach dem linken und rechten Parametrium. Glatte Heilung.

Aufg. d. 7. 10. Pat. im allgemeinen immer gesund gewesen. Seit 23 Jahren verheiratet, hat sie 8 Puerperien durchgemacht. Letzte Periode im Herbst vorigen Jahres. Im Winter bemerkte sie zuerst eine Anschwellung des Leibes, die ausser Odem am linken Unterschenkel keine besonderen Beschwerden verursachte.

Stat. präs.: Pat. grosse kräftige Person von ziemlich gesundem Aussehen, der Abdomen stark aufgetrieben, gr. Umfang 111. Hautvenen mächtig injiciert. Die Auftreibung ist bedingt durch einen tumor von weicher Consistenz, überall fluctuirend. Die Fluctuationswelle ist beschränkt. Stielförmige Verbindung mit dem kleinen Becken. Interner Befund: Uterus ganz nach hinten gedrängt. Durch das vordere Scheidengewölbe fühlt man die untere Grenze des äusserlich fühlbaren Tumors. Fluctuation bis hierhin. Stielverbindung nicht deutlich. Ovarien nicht zu fühlen.

Die am 8./10. vorgenommene Operation ging glatt von statten. Zahlreiche zarte Adhäsionen mit der vorderen Bauchwand waren leicht löslich.

Der Tumor zeigt stielförmige Verbindungen sowohl nach dem R. wie nach dem Parametrium, die beide gesondert ligirt werden.

Abgesehen von leichten Temperatursteigerungen in den ersten

2 Tagen (Abend 39. und 39,5) ist der weitere Verlauf ein durchaus normaler, so dass Pat. am 27./10. geheilt entlassen wird.

Path. anat. Diagn.; multilocul, Ovarialcyste.

77. C. B, 50 J., verh. Rechtsseitge Ovarialcyste mit mässig zahlreichen Adhäsionen. Eine oberflächliche Eiterung in der Schnittwunde stört den Heilungsverlauf nicht wesentlich.

Aufg. 16./11. op. 26./11. cutl. 4./1. 88. Pat. befindet sich seit 5 Jahren im Climacterium, 6 normale Geburten. Seit $^1/_2$ Jahre bemerkte Pat. eine Anschwellung ihres Leibes, derentwegen sie bereits 9 mal punktirt worden ist. Die ausgeflossene Flüssigkeit soll weichlich und zäh gewesen sein und sich schnell wieder angesammelt haben. Athembeschwerden. Pat. ist sehr abgemagert, Stuhlbeschwerden vorhanden.

Das Abdomen der kleinen abgemagerten Pat. ist stark aufgetrieben, hängend grösste Circumferenz etwas unterhalb des Nabels 102 cm. Vom proc. ensf bis zur Symphyse 50cm. Bauchvenen erweitert. Zwischen Nabel u. Spin. ant. sup. sind 9 Prominnenzen, in deren Umgebung eine diffuse Harte. Percussionsschall nur im linken Epigastrium gedämpft, sonst überall tympanitisch. Im Abdomen überall das Gefühl grosswelliger Fluctuation. Grenzen der Geschwulst wegen voller Spannung der Bauchdecken nicht bestimmter — Uterus in retrovertirter Haltung nach rechts gedrängt.

Diagnose: Cystoma ovarii.

17./11. Punction in der linken alba; es werden 10 l weisslicher, zäher Flüssigkeit entleert, in welcher mehrere Streifen eines dickflüssigen gelblichen Fluidums bemerkt werden; microscopisch sieht man zahlreiche Leukocythen. — Pat. ist sehr elend. Hautfarbe cyanotisch; Hand kühl. Radialpuls nicht fühlbar. Die Palpation des Herzens ergiebt 162. Die Athmung wird nach der Punction freier.

18. 11. Pat. hat sich etwas erholt. Radialpuls fühlbar 100.

22./11. Die Flüssigkeitsansammlung im Tumor nimmt sichtlich zu, doch hat sich das Allgemeinbefinden soweit gebessert, dass am

26./11. zur Operat. geschritten werden kann. Adhäsionen sind mit der vorderen Bauchwand leicht zu lösen; schwerer, aber ebenfalls stumpf zu lösen ist eine handbreite Verwachsung mit dem Netz, welches aber nachträglich unterbunden werden muss. Im weiteren Verlauf der Operation zeigt der eine Cysten-

raum eiterigen Inhalt. Ein 2 fingerdicker Stiel führte ins rechte Parametrium.

Abgesehen von einer leichten oberfl Eiterung der Operationswunde ist der Wundverlauf ein vollkommen glatter, so dass Pat. am 4/7. 88 entlassen werden kann.

Anat. Diagn.: Proliferirendes Cystoadenom des ovarium.

78. M. D, 24 J., verh. Rechtsseitige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufg. 23./11., op. 26/11., entl. 18./12. 87. Pat. ist im allgemeinen immer gesund gewesen. Vor einem Jahre begannen zuckende Schmerzen im Leibe, später bemerkte Pat. eine Geschwulst im Leibe, die sich seitdem ständig vergrösserte. Urinentleerung etwas häufiger wie früher, sonst normal.

Stat. pr. Wohl aussehende Frau, im abdomen fühlt man einen leicht beweglichen Tumor von Gestalt und Grösse eines 8 monatlichen Uterus. Die Geschwulst reicht bis zur Mitte zwischen Nabel und P. ensf., ist nahe der oberen Kuppe 14 cm, breit; nach unten zu verjüngt sie sich stielartig und endet strangartig im kleinen Becken. Consistenz ungleich, links weicher als rechts; ziemlich deutliche Fluctuation; Portio nach hinten gedrängt; Uterus nach rechts gelegen um 1 cm verlängert Durch das vordere Scheidengewölbe fühlt man deutlich die untere Grenze der Geschwulst und Fluctuation. Uterus gegen den Tumor beweglich.

Diagn.: Cystoma ovarii.

Am 26./10. wird die vollständig glatt verlaufende Ovariotomie ausgeführt.

Der Heilungsverlauf war ein durchaus normaler, so dass Pat. am 18./12 geheilt entlassen werden kann.

Pathol. anat. Diagn.: Cystoma ovarii.

79. L. L., 33 J.

Aufg. 30./11., op. 3./12., entl. 18/12. Pat. ist im allgemeinen immer gesund gewesen. Vor 6 Jahren 1 Puerperium. Vor 2 Jahren zog sich Pat. beim Tragen einer schweren Last eine Quetschung des Unterleibes zu und datiert von dieser Zeit den Beginn ihrer jetzigen Erkrankung bestehend in Kreuzschmerzen u. einer Anschwellung des Leibes. Im Herbst dieses Jahres steigerten sich die Schmerzen. Seit September c. ist Pat. schwanger.

Stat pr.: Mittelgrosse Person in mässig gutem Ernährungszustande. Abdomen vorgewölbt. Durch die Bauchdecken fühlt

man einen etwa kindskopfgrossen Tumor mit prallen Wandungen dessen Kuppe 2 Finger breit über dem Nabel; leichte Verschiebbarkeit; deutliche Fluctuation; an der unteren Grenze des Tumors fühlt man einen 1 Finger langen, 2 Finger dicken Stiel sich in die Gegend des rechten Ovariums fortsetzend. Ausser diesem ist 1 zweiter fühlbar, dessen Kuppe etwa 2 Finger breit über der Symphyse sich angreifen lässt: derselbe ist von birnenförmiger Gestalt und setzt sich ebenfalls ins kleine Becken fort. — Intern: Vagina mässig eng. Portio weich und verdickt. Aeusserer Muttermund klafft, derselbe steht in Zusammenhang mit dem 2. äusserlich fühlbaren Tumor, der somit als corpus uteri anzusprechen ist. Der Uterus ist anteflecktiert, vergrössert, rund und weich. Seine Grösse entspricht der eines im 3. Monat schwangeren Uterus. Die Parametrien sind frei. Von dem grösseren oben beschriebenen Tumor kann man intern nichts fühlen.

Diagnose: Gravid. mens. III. Cyctoma Ovarii.

Die Operation und der Heilungsverlauf verlaufen vollständig glatt. —

Pathol. ana Diagnose: Flimmerepithelcyste des ovar. mit papillären Wucherungen. —

80. M. S., 43 J., verh. Linksseitige Ovarialcyste mit zahlreichen Verwachsungen, welche eine Spaltung der Kapsel und teilweise Abtragung derselben nötig machen. Glatte Heilung.

Aufg. 18 1., oper. 20. 1., entl. 18. 2. 88. Pat ist im allgemeinen immer gesund gewesen. Seit 10 Jahren verheiratet, hat 2 mal vor 8 und 7 Jahren abortiert. Vor 5 Jahren bemerkte Pat. zuerst eine Geschwulst, welche von links unten aufgestiegen sein soll. Dann soll sie 3 mal nach innen geplatzt und dann wieder gewachsen sein. Zum letzten Male soll dies Zerplatzen im Mai 1886 stattgefunden haben. Seit 2 Jahren bestehen anteponirende Menstruationen, welche zuletzt in 8 tägigen Intervallen wiederkehrten; die Blutung sehr reichlich; Schmerzen in den Beinen und Oedeme nicht vorher, doch bestanden Leibschmerzen, Appetitlosigkeit, Verstopfung, häufig Urindrang. —

Stat.: Ernährungszustand mässig. Abdomen durch einen unregelmässigen Tumor ausgedehnt. Umfang in Nabelhöhe 108 cm, Kuppe des Tumors 39 cm über der Symphysis pubis. Breite desselben 32 cm. Der Tumor besteht aus festen grösseren Knollen beweglich, auf den Druck schmerzhaft: prominiert besonders stark unterhalb des Nabels. Intern kommt man im vorderen Vaginal-

gewölbe auf einen festen nicht verschieblichen Tumor rechts und hinten fühlt man eine kleine Prominenz, die der plattgedrückte Scheidentheil zu sein scheint.

20./1. Ovariotomie. Bei der Operation findet man vielfache Verwachsungen mit der Bauchwand, Dick-Darm, rectum und Uterus. Da sich die totale Exstirpation nicht ausführen, lässt wird die Kapsel möchlichst weit gespalten, der cystische Inhalt in toto herausgenommen. Einige Adhäsionen mit dem Rectum werden umstochen und schichtweise abgebunden, andere in toto unterbunden. Endlich die breite Adhäsion mit der hinterern Uterusfläche mittels einer Gummiligatur abgeschnürt und abgetragen; dann so gut wie möglich die Reste der Kapsel vernäht, dass serosa an serosa kommt.

Därme werden reponiert.

Der Wundverlauf war ein völlig normaler. Am 18./3. wird Pat. geheilt entlassen.

Pathol. an. Diegnose: Cystoma ovar. prolif. multilocul.

81. J. Sch., 20 J., unv. Rechtsseitige Ovarialcyste mit mässig zahlreichen Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufg. 24./1. op. 28./1. entl. 16./2. 1888. Pat. ist im allgemeinen immer gesund gewesen. Vom 14 J. 1 M. reg. Im November 1887 blieb die Periode aus und ist nicht wiedergekehrt. Im Herbst vorigen Jahres bemerkte Pat. zum ersten Male eine Anschwellung im Unterleibe, welche allmählig zunahm. Anfänglich sollen Urinbeschwerden bestanden haben, welche später schwanden.

Status: Allgemeinzustand ziemlich gut. Abdomen durch einen gleichmässig aufgetrieben etwa 2 mannskopfgrossen Tumor. Umfang des Abd. 3 cm unterhalb des Nabels 93 cm die Kuppe der Geschwulst 36 cm über der Symphyse Tumor nicht mit den Bauchdecken verwachsen; Fluctuation überall fühlbar. Stielförmiger Fortsatz ins kleine Becken. — Int. Uterus nach rechts gedrängt. Dicht neben dem Uterus ist der Stiel der Geschwulst fühlbar; bei Bewegungen des Tumors bleibt der Unterus liegen.

Die Operation verläuft vollkommen glatt einzelne Adhäsionen mit dem Netz und einzelnen Dünndarmschlingen werden stumpf durchtrennt, der 2 fingerdicke Stiel des Tumors führt nach dem rechten Parametrium.

Der Heilungsverlauf war ebenfalls ein vollständig glatter, so dass Pat. am 10./2. geheilt entlassen werden konnte. Dermoidcyste mit ausgesprochen organischen Bildungen

83. E. M., 41 J., verh. Linksseitige Ovarialcyste (vor 9 Jahren einmal von Schröder ovariotomiert) Tochtercysten in der Bauchwand. Glatte Heilung.

Aufg. 21/2., op. 25./2, entl. 16/3. 88. Pat. ist früher immer gesund gewesen. In 11jähriger Ehe 2 normale Entbindungen durch und abortierte IX. Im Sommer 79 bemerkte sie eine Geschwulst in der linken Unterbauchgegend, die schnell wuchs. Eine Punction förderte chokoladenfarbene Flüssigkeit heraus. Im Nov. 79 von Schröder in Berlin ovariotomiert. 16 Tage nach der Operation konnte sie entlassen werden. Die Bauchwunde war mit Catgut genäht. Nach 1 Jahr gebar sie 1 Kind, welches 1 Monat zu früh zur Welt kam, aber lebte. Seitdem nicht mehr schwanger. — Vor 4—5 Jahren bemerkte Pat. wiederum eine Geschwulst, die anfangs einen Durchmesser von 3 Zoll gehabt haben und von russischen Aerzten für eine Wandermilz gehalten worden sein soll. Die Geschwulst wuchs langsam, der Bauch nahm aber schnell an Umfang zu und wurde stark hängend. Die Wundnarbe wurde unregelmässig. Pat. ist stark behindert in ihren Bewegungen und Verrichtungen. Stuhl normal. Abgemagert nicht. Stat.: Grosse kräftige Pat. Abdomen stark hängend. Diastuse der musc. recti. — In der linea alba 24 cm lange Narbe mit unregelmässigen Rändern. Starker Ascites. Im Bauchraum fühlt man einen mannskopfgrossen, harten grossknolligen Tumor, der sich ziemlich leicht hin und herschieben lässt, ohne dass man bei der erschwerten Palpation eine Stielverbindung nachweisen kann. — Uterus anteflect. etwas vergrössert und gut mobil. Parametrien frei. Eine Verbindung des Tumors mit den Organen des k einen Beckens nicht nachweisbar.

Diagnose offen.

25./2. Ovariotomie. Schnitt in der linea alba in der alten Narbe und zwar unterhalb des Nabels beginnend nach oben 15 m hinaufreichend. Die Narbe ist nur wenige mm dünn und zwar durchtrennt das Messer ausser der äusseren Hauf nur noch eine $1^1/_2$ mm dicke gelbliche, feste, mit kleinsten Grübchen versehene Gewebeschicht. Aus dem eröffneten Hohlraum des abdomens fliesst eine grosse Menge etwa 5 Ltr. einer gelblichen, zähen, durchsichtigen Flüssigkeit ab. Dann erscheint der äusserlich gefühlte Tumor, der an der linken oberen Partie der Bauchwand breitbasig aufsitzt.

Bei dem Versuch die Geschwulst zu entwickeln, reisst seine dünne Wand und es entleert sich eine teils gelbliche, teils röt-

liche eingedickte zähe Masse; dann lässt sich die verkleinerte Geschwulst nach aussen ziehen. Ihr Stiel ist zu gross, um einfach umschnürt werden zu können. Er wird daher mehrfach in einzelnen Abschnitten umstochen und schliesslich der Rest mittelst Gummischnur abgeschnürt und durchtrennt. Därme kommen erst im letzten Augenblick zu Gesicht. — Es zeigte sich, dass die Innenfläche der Bauchwand eine Reihe grösserer und kleinerer Divertikel und abgeschlossener cystischer Hohlräume einschloss, deren Inhalt durchweg dieselbe zähe gelbliche Flüssigkeit war, welche bei Eröffnung der Bauchhöhle abgeflossen war.

5/3 Nähte entfernt.

10./3. ausser Bett. 16/3. entlassen.

84. A. N., 19 J., unverh. Linksseitige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufg. 23./2., op 26/2., entl. 13./3. 88. Pat ist im allgemeinen immer gesund gewesen. 1. M. 15 J. Nullipora. Seit 1 Jahre ungefähr will sie eine Geschwulst im Unterleibe wahrgenommen haben, die allmählich wuchs.

Stat. pr,: Abdomen durch einen weichen fluctuirenden Tumor halbkugelig hervorgewölbt. Dämpfung über dem Tumor in einer nach oben convexen Grenze. Beide Lendengegenden geben hellen Percussionsschall. Der Umfang des Leibes in Nabelhöhe 91 ctm. Die Entfernung von der Symphyse bis zum proc. ens. 36 ctm. Uterus scheint nach hinten gedrängt. Der Tumor steigt aus dem kleinen Becken schmal auf und verbreitet sich nach oben.

Die am 26./2. vorgenommene Ovariotomie ist denkbar einfach Der kleinfingerdicke Stiel wird unterbunden und darauf der Tumor abgetragen. Glatte Heilung.

13. 3. Entlastung.

Anat. Diagnose. Hydrops folliculi Graffii.

A. B., 50 J., verh. Linksseitige Ovarialcyste. Die Heilung durch eine oberflächliche Eiterung der Wunde nicht wesentlich gestört.

Aufg. 26. 3. Pat. im allgemeinen immer gesund gewesen. Seit 12 Jahren steril verheiratet; Pat. hat öfters über Magen und Unterleib zu klagen gehabt. Stuhl angehalten. Vor $1^1/_2$ Jahren bemerkte Pat. eine Anschwellung ihres Leibes, doch weiss sie nicht anzugeben, von welcher Seite dieselbe begonnen.

Schmerzen haben nie bestanden Periode ungestört Vor $^1/_2$ Jahre Schwellung der r. unteren Extremität.

Stat.: Allgemeinzustand befriedigend Abdomen aufgetrieben durch einen grossen, halbkugeligen, grossknolligen Tumor. Grösster Leibesumfang 8 ctm unterhalb des Nabels 91 cbm

Entfernung vom oberen Rande der Symphyse bei zum pr. xiph. 41 ctm. Ueber dem Tumor gedämpfter Schall, zu beiden Seiten tympanitisch, ebenso über der Magengegend. Die Geschwulst besteht im wesentlichen aus drei mit einander eng verbundenen Geschwülsten, deren grösste in der Mitte liegt. Alle 3 zeigen deutlich das Gefühl praller Fluctuation, der obere Rand reicht rechts bis zum Rippensaum, links ist er 3 fingerbreit von demselben entfernt. Nach dem kleinen Becken zu setzt sich der Tumor stielförmig fort. Verschieblich ist er in der Bauchhöhle fast gar nicht. Inguinaldrüsen nicht geschwellt. Introitus und vagina eng. Im r. Scheidengewölbe fühlt man einen mit der portio zusammenhängenden apfelgrossen tumor, welcher, wie die Sondirung ergiebt, das ganz nach rechts gedrängte corpus uteri ist. Linkes Parametrium frei. Von dem Stiel des äusserlich fühlbaren Tumors ist wenig zu fühlen.

Diagnose: Cystoma ovarii multiloculare.

20. 3. Ovariotomie. Die Operation verläuft vollkommen glatt.

Die Heilung wird durch eine oberfl. Eiterung in der Wunde nur wenig gestört, so dass Pat. am 3. 4. geheilt entlassen werden kann.

Pathol. anat. Diagnose: Multiloculares Ovarialcystom. — gland. prolif.

R. H., 32 J., verh, Rechtsseitige Ovarialcyste mit mächtig reichlichen Adhäsionen. Stiel 1 mal um seine Axe torquirt. Ascites. Glatte Heilung.

Aufg. 18./4. p. 19./4. op. 21./4. entl. 11./5. Pat. ist im Allgemeinen immer gesund gewesen, 4 normale Entbindungen; die letzte vor 2 Jahren. Seit 8 Monaten hat P einen aufgetriebenen Leib; seit 4 Monoten cessiren die Menses. — Stuhlverstopfung.

Status: Abdomen kolossal aufgetrieben; grösster Umfang 116 cm, Entfernung vom proc. ensis. bis zur Symphyse 55 cm. Die Bauchwand etwas ödematös infiltrirt; Hautvenen nicht merklich dilatiert. Inguialdrüsen bds. nur wenig geschwellt. Im Abdomen fühlt man einen oder mehrere in freier Flüssigkeit befindliche scheinbar harte Tumoren, deren genauere Bestimmung wegen

der enormen Ausdehnung des Leibes nicht gelingt. — Intern findet man das vordere Scheidengewölbe nach unten vorgetrieben. Uterus in anteflectirten Haltung ziemlich leicht beweglich, um 1 cm verlängert. Von den äusserlich gefühlten Tumoren ist per vaginam nichts zu fühlen.

Diagnose: Cystoma ovarii.

19./4. werden durch Punktion 10 Liter Flüssigkeit von gelblich opaker zähflüssiger Beschaffenheit entleert, welche einen dicken, gelben, eiterähnlichen Bodensatz absetzen, dessen mikroskopische Untersuchung verfettete Eiterkörperchen und Cholestearinkrystalle ergiebt.

Nach der Punktion fühlt man namentlich in den abhängigeren Teilen des Abdomens grosse, härtere Tumormassen, welche das Gefühl praller Fluctuation zu zeigen scheinen.

21./4. Ovariotomie. Aus dem eröffneten Bauchraum fliesst eine grosse Quantität 8—10 Liter Flüssigkeit von gelblich opaker zähflüssiger Beschaffenheit mit weissen Flecken untermischt. Das Peritoneum erscheint mit einer dünnen, flockigen, gelblich weissen Schicht belegt. Nach Entleerung der freien Flüssigkeit erscheint eine vielkammige teigige Cyste mit zahlreichen Nebencysten. Die obere Kuppe der Geschwulst ist mit dem unteren Theil des Netzes lose verwachsen, leichte stumpfe Durchtrennung. Trotz Punktion der Cyste gelingt es erst nach Verlängerung des Bauchschnittes die Cyste vor die Bauchwand zu bringen. 12 Finger dicker, 1 mal um seine Axe torquirter Stiel zieht rechts vom Uterus in die Tiefe. Gummiligatur; Abtragung der Cyste. — Toilette der Bauchhöhle, namentlich auch Abwischen des parietalen Peritoneums mittels warmer Schwämme. Heilungsverlauf vollkommen glatt.

30./4. Verbandswechsel. 7./5. I. Aufkleben. 11./5. Geheilt entlassen.

Anath. Diagnose; Cystoma glandul. ovar. multiloculare.

87. R. K., 38 J., verh. Leichte Adhäsionen. Torsionen des Stiels.

Aufg. 2./2. op. 4./2. entl. 24./2. 88. Pat. ist im Allgemeinen immer gesund gewesen. Sie hat normale Geburten durchgemacht, die letzte vor 2 Jahren. Seit $^1/_2$ Jahre bemerkte Pat. in der rechten Unterleibsgegend eine Anschwellung, welche anfangs schmerzhaft gewesen sein soll, und allmählig gewachsen ist.

Status: Mittelgrosse, mässig gut ernährte Person. Abdomen durch einen Tumor aufgetrieben. Umfang unterhalb des Nabels

88 cm die Kuppe des Tumors 24 cm über der Symphyse. Die Bauchdecken schlaff gegen den Tumor verschieblich, die Consistenz des Tumors prall elastisch, Fluctuation deutlich fühlbar. Introitus und vagina weit. Uterus in anteflectirter Haltung etwas nach rechts geneigt, leicht beweglich. Parametrien frei, der Uterus folgt den Bewegungen des Tumors nicht 14. 11. Ovariotomie 15 cm langer Schnitt. Leicht lösliche Adhäsionen mit der vorderen Bauchwand. D. Sp. W. wird ein grosser Theil des flüssigen chokoladenfarbigen Inhalts entleert In der Tiefe keine Verwachsungen. Es gelingt leicht den fingerdicken, gefässreichen und vielfach um seine Axe torquirten Stiel zu umschnüren. — Abtragung. Därme prolabirten in geringem Umfang.

6/11. Temperatur und Puls etwas erhöht, keine Schmerzhaftigkeit des Abdomens.

8./2. Temperatur auf 39,8 gesunken.

12./2. Verbandswechsel. bonus.

Die Heilung erfolgt glatt, so dass Pat. am 24./2 geheilt entlassen werden konnte.

87. B, E., 26 J. unverh. Rechtsseitige Ovarialcyste, mit Schwangerschaft complicirt; während der Operation leichte Chloroformasphyxie; eine oberflächliche Eiterung der Schnittwunde verzögerte die Heilung nicht.

Aufg. 23./4. op 28./4. entl. 20./5. 1888. Pat ist im allgemeinen immer gesund gewesen. Vor 2 Jahren 1 Entbindung mit 6 monatlichem Wochenbett und Schmerzen im rechten Parametrium; auch später stellten sich wiederholt Schmerzen in der rechten Seite ein. Seit 4 Monaten cessiren die Menses. — Urin- und Stuhlbeschwerden sind nicht vorhanden gewesen. —

Status: Mittelgrosse, kräftige Person Durch die fettreichen Bauchdecken fühlt man einen weichen, bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse reichenden kompakten Tumor, welcher, sich nach unten verjüngend ins kleine Becken forterstreckt. Ueber diesem Tumor liegt in der regio hypochondriaca ein mannsfaustgrosser, annähernd runder Tumor, welcher in der Bauchhöhle leicht beweglich ist, über dessen Consistenz man wegen der dicken Bauchdecken nicht schlüssig werden kann. Eine Stielverbindung scheint sich nach unten zu erstrecken, ob aber zum Uterus oder ins kleine Becken ist nicht mit Sicherheit zu constatieren Intern findet man Introitus und vagina weit und aufgelockert. Portio weich und geschwellt. Cervicalcanal trichterförmig klaffend. Uterus stark vergrössert und weich entspricht

einem schwangeren Uterus aus dem Ende des 4 Monats. Parametrien frei.

Diagnose: Ovarialcyste bei bestehender 4 monatlicher Gravidität.

28/2. Ovariotomie. Schnitt 10 cm. Der Tumor wird von der Seite gegen die Bauchdecken gedrängt, nach Eröffnung des Peritoneums erscheint die spiegelnde weissliche Oberfläche des Tumors in der Wunde. Leichte Chloroform-Asphyxie, während der Tumor losgelassen und künstliche Respiration eingeleitet wird, sinkt derselbe in die Bauchhöle zurück, von wo er erst nach einiger Mühe unter den Dünndarmschlingen hervorgezogen werden kann. Er wird gefasst und leicht entwickelt; der lange, gefässreiche ins rechte Parametrium führende Stiel wird umschnürt und abgetrennt. $^1/_2$ Stunde. —

29./2. wenig Erbrechen. Keine Wehen.

6/5 Verbandswechel. Oberflächliche Eiterung ebenso am 10./5. fieberfrei. 18./5. hat die Eiterungnachgelassen; Pat. dauernd ausser Bett — 20./5. Pat. ist geheilt entlassen.

Anat. Diagnose: Dermoidcyste des Ovarimus.

88. H. S., 20 J., verh. Rechtsseitige Overialcyste. Glatte Heilung.

Aufg. 8. 6., oper. 16. 6., entl. 7. 7. 88. Pat. ist im allgemeinen immer gesund gewesen. Vor 5 Jahren acut fieb. Krankheit. — Seit 1 Jahr hat Pat eine Härte im Leibe bemerkt, bald links, bald rechts, bald mehr nach oben zu gestiegen. Die Geschwulst ist schnell gewachsen. Ab und zu traten Schmerzen im Leibe auf. Stuhlgang schon seit mehreren Jahren unregelmässig; seit 1 Jahr Schmerzen beim Urinlassen. —

Status: Mittelgrosse Pat. in gutem Allgemeinbefinden. Abdomen ist aufgetrieben durch eine kuglige Geschwulst, welche 3 fingerbreit den Nabel überragt. Die Geschwulst fluctuirt; nur in der l. Nierengegend fühlt man härtere Knollen. Bauchdecken über dem Tumor verschieblich. Der Tumor selbst wenig mobil erstreckt sich stielförmig ins kleine Becken. Interne Untersuchung wegen des engen Hymens unmöglich. Per rectum fühlt man den kleinen Uterus, der durch den Tumor nach links verdrängt ist.

Diagnose: Cystoma ovarii.

16/4. Ovariotomie, welche vollkommen glatt verläuft, der Stiel des Tumors führt nach dem rechten Parametrium; ebenso ist die Heilung eine vollkommen glatte.

Am 7./7. Entlassung.
Path. an. Diagn. Oystoma ovarii.

89. A. G., 40 J., verh. Rechtsseitige Ovarialcyste mit mässigen Adhäsionen; Stiel 1 mal torquirt. Am Tage der Operation und am Tage nach derselben Trachealrasseln, von dann ab glatte Heilung.

Aufg. 20. 6, op. 23. 6, entl. 14. 7. 88. Pat. ist in ihrer Jugend im allgemeinen immer gesund gewesen. In 21 jähriger Ehe hat sie 8 normale Puerperien durchgemacht, das letzte vor 4 Jahren. Seit dieser Zeit litt sie an zeitweise auftretenden Schmerzen im Leibe und Verstopfung. Seit Ostern dieses Jahres cessirten die Menses und bekam Pat. plötzlich heftige Schmerzen im Leibe, verbunden mit Auftreibung desselben und übelriechendem Ausfluss, so dass sie 14 Tage das Bett hüten musste. Um die Pfingstzeit wiederholte sich dieser Schmerzanfall mit den übrigen Symptomen, zu welchen ein lästiger Harndrang, spickende Schmerzen beim Uriniren, bei welchem jedesmal nur wenige Tropfen Urin entleert werden, sich hinzugeselle.

Status. Mittelgrosse schwächliche Person. Abdomen durch einen vom kleinen Becken aufsteigenden kugligen fluctuirenden Tumor aufgetrieben, der vollständig unbeweglich erscheint. Rechts reicht der Tumor bis zum Rippensaum, während er links nur etwa handbreit die Mittellinie überschreitet. Hautvenen nicht dilatirt. Inguinaldrüsen ld. infiltrirt. — Intern: Introitus und Vagina weit; Scheide kurz, Portio vergrössert, Uterus vergrössert, hart, besonders sein corpus dilatirt; er ist ziemlich ausgiebig beweglich; der fundus wegen der aussen fühlbaren Geschwulst nicht zu umgreifen. Im linken Parametrium fühlt man dicht am Uterus das etwas vergrösserte, leicht bewegliche, schmerzhafte Ovarium; das rechte Parametrium ist durch den nach rechts gelagerten Uterus verkleinert, Tumoren daselbst sind nicht zu fühlen. Der äusserlich fühlbare Tumor ist intern nicht zu fühlen.

21./6. Bei der heute vorgenommenen Probepunktion findet man in der Flüssigkeit eisenhaltiges Pigment und Schleimflocken. Erhaltene Blutkörperchen und Eiterkörperchen sind nicht zu sehen.

23./6. Ovariotomie. Die vordere Cystenwand mit der Bauchwand lose verklebt, ebenso mit dem Netz und Dünndarmschlingen. Punktion der Cyste. Entwickelung. Stiel 1 mal torquirt; Umschnürung. Abtragung. Toilette der Bauchhöhle. Reposition vorgefallener Darmschlingen.

24./6. Erbrechen; beschleunigtes Athmen. Trachealrasseln; Puls 114. T. 38,5. Exc.

25./6. T. u. P. erhöht; Trachealrasseln verschwunden.

1./8. Verbandwechsel. 30/4. St. 14./7. Entlassung.

pathol. Diagnose: Cystoma proliferans glaudulare.

90. D. S., 38 J, v. Rechtsseitige uniloculäre Ovarialcyste mit zahlreichen breiten und dünnen Adhäsionen; ausser einem am Tage nach der Operation auftretendem Meteorismus. Glatter Wundverlauf.

Aufg. 27/6, op 30./6, entl. 21./7. 88. Pat. ist im allgemeinen immer gesund gewesen. In 17jähriger Ehe hat sie 11 normale Entbindungen, die letzte vor 9 Monaten. Nach derselben bekam sie einen Typhus abdominalis und blieb die Periode fünf Monate lang aus. Inzwischen zeigte sich eine Geschwulst im Leibe, die von der linken Seite ausgegangen und ziemlich schnell gewachsen sein soll. In den letzten 4 Monaten regelmässige etwas stärkere Menstr., mässige Schmerzen im abdomen, Stuhlgang normal, Urinbeschwerden gering.

Status: Kleine, schwächliche Person. Im abdomen eine etwa mannskopfgrösse Geschwulst, deren Kuppe 2 Finger breit über dem Nabel, vom kleiner Becken ausgehend. Glatte Wandungen, pralle Fluctuation, an einigen Stellen, besonders links unten scheint der Tumor festerer Construction zu sein. Dasselbe ist im Bauchraum, soweit es seine Grösse gestattet, an einem vom kleinen Becken ausgehenden Stiel beweglich. Inguinaldrüsen nicht gestattet. Hautvenen etwas erweitert.

Intern: Uterus etwas nach rechts und hinten gedrängt, hinter dem Stiel des Tumors zu fühlen. Cavum verlängert 4 ctm. Uterus folgt nicht den Bewegungen des Tumors.

Diagnose: Cystoma ovarii.

30./6. Ovariotomie: Die vordere Cystenwand allenthalben mit der vorderen Bauchwand teils durch sulzig verdickte Schwarten, teils durch längere Stränge, locker verwachsen: nur links unten ist die Verwachsung eine derbere. Auch mit Netz und Dünndarmschlingen bestehen Verwachsungen, welche sich aber sämmtlich stumpf lösen lassen. Der Stiel, welcher mit der rechten Tube in Zusammenhang steht, wird mit dieser zusammen abgeschnürt und abgetragen.

1./6. Erbrechen. 2./6. Meteorismus, sonst alles normal.

7./7. Verbandwechsel.

21./7. Pat. wird geheilt entlassen.
p. au. Diagnose: Cystoma ovarii uniloculare.

91. M. B., 37 J., v. Linksseitig Ovarialcyste mit mannigfachen Adhäsioner. Glatte Heilung.

Aufg. 2./7. op. 7./7. entl. 26./7. Pat. ist im allgemeinen immer gesund gewesen. In 12jähriger Ehe kat sie 6 normal Puerperien durchgemacht, die letzte vor 3 Monaten. 7 Wochen vor der letzten hatte Pat. heftige krampfartige Schmerzen, welche auch nach der normal verlaufenden Entbindung bestehen blieben, während sie merkte, dass der Leib angeschwollen war. Die Periode soll nach der Entbindung bereits 2 mal wiedergekehrt sein. Stuhlgang erschwert, Urinbeschwerden nicht vorhanden.

Status: Mittelgrosse schwächliche Person. Abdomen aufgetrieben durch einen vor den Organen des kleinen Beckens ausgehenden Tumors: derselbe ragt mit seiner Kuppe 3 Finger breit über den Nabel, er ist von weicher Consistenz, bietet überall das Gefühl deutlicher Fluctuation; nur links unten fühlt man etwas grössere Consistenz. Grösster Leibesumfang 75 cm (3 cm unterhalb des Nabels) vom pr. aus bis os pub. 35 cm Bei der Palpation des Tumors fühlt man an mehreren Stellen, besonders unterhalb des Nabels deutliches Schneeballenknirschen. Jnguinaldrüsen nicht geschwellt. — Introitus weit in Folge eines alten bis znm After reichenden Dammrisses. Descensus und leichter Prolaps der unteren Vagmalwand. Corpus uteri nach links gedrängt; das cavum um 2 cm. verlängert. — Durch das vordere Scheidengewölbe fühlt man deutlich die untere Kuppe des fluctuirenden Tumors. Das linke Parametrium ist hauptsächlich durch den Tumor ausgefüllt. Hinter dem Uterus fühlt man mehrere knollige weiche Massen, welche bei der Rectaluntersuchung viel umfangreicher erscheinen, aber lose beweglich sind und sich aus dem Douglasschen Raume in die Höhe schieben lassen.

Diagnose: Ovarialcyste.

7./7. Ovariotomie. Bei derselben findet man auf der Vorderfläche der Geschwulst nach der Nabelgegend hin die stark verdickte r. Tube verlaufend. Dieselbe wird doppelt unterbunden und durchtrennt. Der Stiel des Geschwulst führt in die rechte Parametrium. Heilungsverlauf normal.

26. 8. Entlassung des Pat.

92. E. L., 23 J., verh. Rechtsseitige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufg. 23./7. op. 27./7. entl. 9./8. 88. Pat. ist im Allgemeinen immer gesund gewesen. Seit 6 Jahren hat sie eine Geschwulst im Leibe bemerkt, die beweglich, bald hier bald dort liegt, dabei bestehen heftige Schmerzen, die immer auf der linken Seite beginnen. Die Geschwulst soll allmählig gewachsen sein; Stuhlgang unregelmässig; Urin manchmal sehr dunkel; das Urinlassen zeitweise sehr schmerzhaft. Mattigkeitsgefühl, Kopfschmerzen, Appetitlosigheit.

Status: Grosse, blühend aussehende Pat. Abdomen weich, nicht empfindlich. Im Beckeneingang fühlt man die obere Kuppe eines faustgrossen (!) harten Tumors. Bei combinirter Untersuchung lässt sich der Tumor aus dem kleinen Becken herausheben und ohne Schwierigkeiten nach allen Richtungen im Abdomen dislocieren. Die portio ist etwas nach vorne gedrängt der Uterus steht etwas nach links. Parametrium frei. Beide Ovarien sind zu fühlen, nicht vergrössert. Bei den Dislocationen des Tumors bemerkt man einen Stiel, welcher zu den Organen des kleinen Beckens führt. Das Cavum Uteri um 2 cm. verlängert.

Diagn. Tilroma uteri ad. Cyst ovar.

27. Ovariotomie. Die Operatiou verläuft vollkommen glatt. Der etwa Fingerlange Stiel führt nach dem r. Parametrium Derselbe wird mit doppeltem Cabgutfaden unterbunden und durchtrennt.

Normaler Heilungsverlauf. Am 9./8. Entlassung.

94. L. Z., 22 J., unv. Rechtsseitige Ovarialcyste mit wenigen aber stark vascularisirten Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufg. 24./7. op. 27./7. entl. 9./8. 1888. Pat. ist im Allgemeinen immer gesund gewesen. Seit Herbst 1887 hat sie eine Anschwellung des Leibes bemerkt verbunden mit zeitweisen Schmerzen. Die Anschwellung nahm allmählig zu und schwollen auch die Füsse, besonders der linke zeitweilig an. Stuhlgang und Urinentleerung normal. Am 22. Mai und 19. Juni ist der Leib punktirt worden. Beim ersten Male sollen 15 Lit. dunkelbrauner schwärzlicher Flüssigkeit entleert worden sein, beim zweiten Male 13 Lit. hellerer dickerer Flüssigkeit. Seit Herbst vorigen Jahre ist die Periode häufiger als früher eingetreten.

Status: Grosse, kräftig gebaute Pat. Abdomen stark aufgetrieben, durch einen mit Flüssigkeit gafüllten Tumor, der vom

kleinem Becken ausgeht. Grösster Leibesumfang 102 cm von der Symph. bis pr. xiph. 38 cm. Bauchvenen nicht sichtlich dilatiert, wohl aber frische striae. Zwischen Nabel und spina iliaca ant. sup. linkerseits 2 Punktionsnarben. Die Grenzen des Tumors sind schwer abzustasten, doch scheint sich die Fluctuation ziemlich über das ganze Abdomen zu erstrecken — Introitus eng, Scheide kurz; portio fast verstrichen, durch das vordere Scheidengewölbe fühlt man die untere Kuppe des äusserlich gefüllten Tumors weich und fluctuirend durch. Uterus scheint anteflectirt zu sein.

Diagnose Cystoma ov. dextr.

Die Operation verläuft glatt. Einzelne gefässreiche Adhäsionen mit dem Nelz in dem Mesecolon werden nach doppelter Unterbindung scharf durchtrennt. Der Stiel der Geschwulst führt ins rechte Parametrium. Normaler Heilverlauf. Am 9 8. Entlassung. —

95. W.,49 J., unverh. Linkerseitige Ovarialcyste mit wenigen leicht löslichen Adhäsionen, Glatte Heilung.

Aufg. 5./9. oper. 9./9. entl. 3./10. 1888. Pat. ist im allgemeinen immer gesund gewesen. Im 46. Lebensjahre cessirten die die Menses, bis vor einem Jahren heftige Kreuzschmerzen einund wiederum Ende vorigen Jakres bemerkte Pat. zuerst ein Stärkerwerden des Leibes, welches allmählig zunahm. Vor 1½ Wochen heftigtige Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes. —

Status: Abdomen gleichmässig halbkuglich aufgetrieben, überall Fluctuation, an den Seiten tympanitischer Schall, in der Mitte Dämpfung. Auf Druck nirgend schmerzhaft.

Bei der Operation findet man einzelne leicht lösliche Verwachsungen der Cyste mit der vorderen Bauchwand der circa 5 cm breite Stiel führt im linken Parametrium. — Im übrigen verläuft die Operation normal sowohl wie die Heilung glatt.

3./10. Entlassung.

93. M. S., 50 J. Linksseitige Ovarialcyste mit wenigen leicht löslichen Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufg. 19. 7. Pat. ist im allgemeinen immer gesund gewesen. In 25 Jahre ihrer Ehe hat Pat 12 Entbindungen normal durchgemacht, die letzte vor 5 Jahren. Seit etwa ebensolange klagt Pat. über Schmerzen im Leibe und Kreuz, Atembeschwerden beim Gehen, sowie grossen Blutverlust bei der

Menstruation, durch welchen sie sehr geschwächt wird. Stuhlgang oft angehalten. Im Jahre 1886 suchte sie schon einmal Hülfe in der Klinik und wurde damals ein Fibr. ut. subs. diagnosticiert, die Pat. mit lig. ferri oxydat und Alauninjectionen behandelt. Ihre Beschwerden liessen nach, doch begannen im December 87 die Blutungen von neuem und sollen ununterbrochen bis Ende März 88 gedauert haben. Am 11. Juni bekam Pat. plötzlich heftige Schmerzen in der rechten Seite des Leibes und begann auch wiederum eine heftige 3 Wochen dauernde Blutung. Stuhlgang erschwert. Pat fühlt einen Druck auf die Blase. Die Geschwulst im Leibe ist in den letzten Jahren stark gewachsen. Pat. selbst abgemagert.

Status: Pat. sieht elend aus. Abdomen durch einen vom kleinen Becken aufsteigenden grossknolligen Tumor stark aufgetrieben. Grössester Leibesumfang 85 cm, 5 cm unterhalb des Nabels. Ingunialdrüsen bds. intumesciert. Die obere Kuppel des Tumors reicht in der Mittellinie 1 Finger breit über den Nabel. Leichtes Oedem der vorderen Bauchdecken. Hautvenen kaum dilatirt. Der Tumor ist von weicher Consistenz, zeig deutliche Fluctuation. Er ist in toto verschieblich. Vorderes Scheidengewölbe frei, hinter der Portion fühlt man eine Reihe grösserer und kleinerer, weicherer und härterer Geschwülste und mit dem grösseren äusserlich gefüllten Tumor zusammenzuhängen scheinen. Der Uterus folgt den Bewegungen des Tumors nicht.

Diagn. Cystome ovarii.

Die Operation gelingt leicht, da nur wenige leicht lösliche Adhäsionen mit dem Netz bestehen. Der fingerdicke Stiel führt in's l. Parametrium.

5./8. Entlassung.

Anat. Diagn. Cystoma multiloculare ovarii.

30./3. 89 wird berichtet, dass die Pat. nicht mehr an Blutungen leide, Appetit und Schlaf gut seien; doch bestünden Schmerzen beim Uriniren, der Urin sähe dunkel aus, schäume und bilde einen Bodensatz.

96. H. B., 18 J., unv. Rechtsseitige Ovarialcyste mit Ascites. Glatte Heilung.

Aufg. 3. 10. Pat. ist im allgemeinen immer gesund gewesen bis Juni 88, in welchem Monat die Menses ausblieben, um Juli wiederzukehren und dann bis jetzt zu cessiren. Vor 4 Wochen

plötzliche Stuhlverstopfung, der auch sonst schon träge gewesen 11 Tage lang und es traten Erscheinungen des Ileus auf. Nachdem nach dreitägiger Behandlung die Wegsamkeit des Darmes wiederhergestellt war, fand man einen Ascitis und einen beweglichen Tumor. Bei der Punction soll sich aus dem Tumor eine zähe trübe Flüssigkeit entleert haben. Fieber und Schmerzen haben nie bestanden.

Status: Pat. ist blass und mager. Oedeme sind nicht vorhanden. Kein Fieber. Im Abdomen links unten ein harter, eckiger, gut mobiler nicht schmerzhafter Tumor von der Grösse eines kleinen Kindskopfes, welcher links unten im Becken zu entspringen scheint. Fluctuation nicht nachweisbar; freier Ascites vorhanden. Hautvenen nicht geschwellt. Innerliche Genitalieen virginal, Uterus nach links verschoben, hängt mit dem Tumor nur indirekt zusammen.

Diagnose: Dermoidcyste, Cystosarcoma ovarii. —

6. 10. Operation. Bei der Operation entleeren sich zunächst etwa 12 Lit. freier ascitischer Flüssigkeit; dann erscheint der leicht höckrige Tumor in der Schnittfläche; sein Aussehen ist das einer Ovarial. Beim Versuch den Tumor aus der Bauchwunde herauszuheben reisst die Kapsel und es entleert sich eine bröckliche, schmutzig graue weiche Masse und gelblich-grüne Flüssigkeit. Adhäsionen sind nicht vorhanden. Ein 2 Fingerdicker Stiel führt ins r. Parametuium.

Heilungsverlauf ohne Störung. Am 31. 10. wird Patientin entlassen, —

Patholol. anat. Diagnose: Sarcoma alveolare ovarii.

K. K., 62 J., verh. Linksseitige Parvorialcyste; ohne Adhäsionen. Stiel mehrmals torquiert. Glatte Heilung.

Aufg. 3./12, op. 15/12, entl. 2./1. 89. Pat. ist im allgemeinen immer gesund gewesen. Sie hat 4 normale Entbindungen durchgemacht. Im Alter von 54 Jahren trat sie ins Klimacterium. — Seit Aug. 88 klagt sie über zeitweise Urinvorhaltung und Schmerzen im Unterleib; auch soll in letzter Zeit sich etwas blutig gefärbter Ausfluss gezeigt haben.

Status: Mittelgrosse, dem Alter entsprechend genährte Pat. Abdomen in den unteren Partieen stark hervorgewölbt, starke Diastase der mm. recti; man fühlt einen vom kleinen Becken aufsteigenden runden, weichen, deutlich fluctuierenden Tumor, welcher die Symphyse handbreit überragt und im Bauchraum

wenig beweglich ist. Inguinaldrüsen nicht geschwellt; die Venen der Bauchhaut tilatirt. Keine Oedeme. — Intern find t man das Scheidengewölbe durch die untere Kuppe des äusserlich fühlbaren Tumors vorgetrieben; portio nach rechts und vorne gerichtet. Uterus nach rechts und vorne gedrängt. Hinter ihm fühlt man die untere Kuppe des äusserlich fühlbaren Tumors. Fluctuation deutlich. Der Tumor lässt sich eine Strecke weit aus dem Becken herausheben.

Diagnose: Kystoma ovar. sin. Diarrhoe. 15./12. Ovarotomie. Bei der Operation präsentiren sich nur Dünndarmschlingen. Der Operateur geht mit der ganzen Hand ein und gelingt es, den cystischen Tumor, der im kleinen Becken gleichsam eingeklemmt gelegen, vor die Bauchdecken zu wälzen.

Es ist eine einkammerige Cyste, welche an einem kleinfingerdicken, fingerlangen Stiel mit dem linken Parametrium. zusamm nhängt. An dem Stiel sitzt das zwar geschrumpfte, aber wie es scheint vollständige Ovarium, so dass es sich wohl um eine Parovarialcyste handelt. — Der 3—4 mal um seine Axe gedrehte Stiel wird zwischen Ovarium und Cyste mit einer Gummischnur umgeben und darauf die Cyste abgetragen. Normaler Heilungsverlauf.

Am 2./1. Entlassen.

Path. anat. Diagnose. Cyste. Parovarialcyste.

98. A. K., 49 J., verh. Linksseitige Ovarialcyste. Die Heilung durch eine oberfl. Eiterung nicht wesentlich gestört.

Aufg. 24./3. op. 26./3. Pat. ist im allgemeinen immer gesund gewesen. Seit dem 36 J. verh 6 normale Geburten die letzte vor 6 Jahren. — Stuhlgang stets normal und regelmässig. Pat. fühlte in der letzten Zeit zuweilen im Leibe harte Knollen, welche zeitweilig kleiner geworden sein sollen. Mitunter traten sehr heftige kolikartige Schmerzen ein, die stundenlang anhielten und dann von selbst nachliessen. Ob die Anschwellung im Leibe in letzter Zeit gewachsen und wenn sie zuerst bemerkt worden, weiss Pat. nicht anzugehen.

Mittelgrosse, schwächliche Pat. Brustorgane normal. Im Abdomen fühlt man einen kindskopfgrossen, ziemlich runden, weichen Tumor, dessen Oberfläche glatt, mit leichten Buckeln versehen, dessen Consietenz weich, deutlich fluctuirend ist. Die Geschwulst ist im Abdomen leicht beweglich. Macht

man mit dem Tumor seitliche Bewegungen, während man ihn möglichst hoch hinaufgeschoben hat, so fühlt man einen dünnen langen Stiel, welcher dicht neben dem Uterus im l Parametrium endet. Man kann die Geschwulst 4 und mehrmal um ihre Axe drehen. Introitus und vagina ziemlich eng. Uterus anteflectiert. Parametrien frei. Uterus gut beweglich ein klein wenig nach links gelagert.

26./3, Ovariotomie: Die Operation gelingt leicht und bietet nichts besonderes. Der Stiel, welcher nach dem linken Parametrium führt, ist etwa 6 mal um seine Axe gedreht.

Wundverlauf wird durch eine oberfl Eiterung etwas gestört.

99. M. Kleine linksseitige Dermoidcyste welche seit Jahresfrist sich entwickelt hat. Da dieselbe vollständig frei von Adhäsionen ist, so gestaltet sich die Operation sehr einfach. Die Heilung erfolgte normal. — An. Diagnose. Dermoidcyste mit Haaren und käsig zerfallener Inhaltsmasse. —

100. A. W., 22. J. Linksseitige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufg. 28./3. 1889. Pat. ist im allgemeinen immer gesund gewesen. Vor 5 Jahren bemerkte sie zum Male eine kleine, leicht bewegliche Geschwulst in der rechten Seite des Unterleibes, welche anfangs allmählig, im letzten Jahre schneller gewachsen. Appetit: gering. Keine Oedem Pat ist unverheirathet Nullipare.

Status: Im Abdomen des übrigens gesunden Pat. findet sich ein grosser, kugliger Tumor, der links etwas stärker wie rechts prominirt. Der grösste Umfang des Abdomens beträgt 110 cm. Die Entfernung von der Symphyse bis Nabel beträgt 23 cm bis zur Kuppe der Geschwulst 44 cm. Die subcutanen Venen sind nicht erheblich dilatirt. Klin. Dignose. Ovarialcyste. Am 30./3, wird die Ovariotomie gemacht. Dieselbe verläuft vollkommen glatt, es bestehen keine Adhäsionen, der zweifingerdicke Stiel führt nach dem linken Parametrium. — Am 2./4. tritt die Periode ein, welche ziemlich reichlich und schmerzlos ist. Der Wundverlauf ist ein ziemlich normaler.

Nach dieser Zusammenstellung ergiebt sich für die hiesigen Ovariotomieen ein Heilungserfolg von 96 %, gewiss ein befriedigendes Resultat Unter den 4 Todes-

fällen handelt es sich nur 1 mal um septische Infection, in den 3 anderen um anderweitige Complicationen. — In dem Fall 29 wurde eine Thrombose der Venen der Beine die Todesursache, deren Anfänge bei der älteren Frau mit vereiterter Ovarialcyste schon vor der Operation bestanden hatten. Wie dieser Verlauf zeigte, war der Fall überhaupt zur Operation nicht geeignet gewesen und erst nach längerem Zaudern hatte man sich zur Operation entschlossen. —

In dem II. Fall, 46, war die Todesursache ein Ileus, der bedingt war durch Compression des Darms durch einen bindegewebigen Strang, der sich vom Netz aus nach dem Mesenterium hinzog und die unter ihm gelegene Dünndarmschlinge comprimirt hatte. Es ist ein derartiges Vorkommnis nach Ovariotomieen ja leider nicht so ganz selten. (Nach Spencer Wells kommen auf 1000 Ovariotomieen 11 Todesfälle aus dieser Ursache). Ob sich durch sofortige Eröffnung der Bauchhöhle im vorliegenden Falle der üble Ausgang hätte vermeiden lassen, lässt sich nicht sagen, wenn auch die Möglichkeit nicht zu leugnen ist. Doch war der Zustand der Patientin am Tage vor dem exitus letalis noch nicht derartig, dass man von anderen energischen Massregeln, speciell von den Hegarschen Wasserinjectionen, keinen Erfolg hätte erwarten dürfen, während derselbe über Nacht sich ganz plötzlich so wesentlich verschlimmerte, dass bei der nunmehr moribunden Patientin ein neuer schwerer Eingriff schlechterdings keinen Erfolg mehr versprach. Der III., tötlich verlaufende Fall, 49, starb unter den typischen Erscheinungen eines acuten Lungenödems. Die

Operation selbst war ohne die mindeste Störung verlaufen, bei der Narcose war nichts vorgefallen und in den ersten Stunden nach der Operation fühlte Patientin sich so wohl, als ob nichts mit ihr gemacht worden wäre: für die Annahme einer Embolie lag ebenfalls nichts vor. Leider verhinderte die bestimmte Weigerung der Angehörigen gegen die Section, die Sache aufzuhellen. Vermutlich aber war die schon vor der Operation bestehende Lungenaffection derart, dass die durch die Entfernung des Tumors und die andauernde Rückenlage veränderten Circulationsverhältnisse zu einem Oedem der Lunge führten. — Im IV. Fall, 67, endlich war eine infectiöse Peritonitis die Ursache des exitus letalis. Wie in allen anderen Fällen, war auch in diesem die denkbar peinlichste Sauberkeit und Antisepsis angewandt worden, die sich in vielen Fällen so gut bewährt hatte. Der Weg, auf welchem dieses Mal die Infection zu stande gekommen war, liess sich nicht ermitteln. —

Von den übrigen 96 Operirten war der Krankheitsverlauf in 74 Fällen ein durchaus glatter. Durch keine irgend erhebliche Temperatursteigerung Schmerzen oder länger als etwa den Tag der Operation anhaltendes Erbrechen gestört. Von den übrigen 22 Fällen war in 16 Fällen der Heilverlauf teils durch Temperatursteigerungen, Schmerzen, oberflächliche Eiterung oder Cystitis nur vorübergehend gestört; 1 mal trat 2 Stunden p. op. ein bedenklicher Collaps ein, der jedoch unter der Anwendung von Excitantien schnell vorüberging; in 1 Falle handelte es sich um eine Intumescenz und Schmerzhaftigkeit der Rosenmüllerschen Drüse, die aber nicht zur

Suppuration führte — Nur 5 mal war der Krankheitsverlauf ein schwerer. Im I. dieser Fälle traten wiederholt Temperatursteigerungen bis zu 40 auf, verbunden mit Tympanites und starker Empfindlichkeit des Abdomens. Nachdem diese Erscheinungen einer bestehenden Peritonitis zurückgegangen, constatierte man im rechten Parametrium eine taubeneigrosse Geschwulst neben dem Uterus. In dem II. Falle, 25, war der Krankheitsverlauf anfänglich ein völlig glatter; erst am 13. Tage nach der Operation klagte Patientin über Schmerzen beim Uriniren und häufigen Urindrang. Die Untersuchung des Urins ergab eine Cystitis; ebenso wurde zu gleicher Zeit ein leichter Decubitus über dem os sacrum constatiert; obgleich beide Affectionen heilten, blieben gleichwohl unregelmässige Temperatursteigerungen bestehen, als deren Ursache ein im rechten Parametrium befindliches Exsudat erkannt wurde. Ausserdem wurden bei der Entlassung der Patientin im hinteren Scheidengewölbe circumscripte, prall elastische Tumormassen gefühlt, von denen es unbestimmt bleiben musste, in wie weit man es mit einem Recidiv zu thun hatte. In beiden genannten Fällen war der Stiel des Tumors nicht deutlich abgegrenzt und die Exstirpation nur eine unvollständige gewesen. — Noch schwerer war der folgende Fall, 45. Bei demselben wurde zuerst am 7. Tage beim Verbandwechsel eine Suppuration der Suturen und ein Abscess in der Bauchwand links neben der Naht constatiert. Bald stellte sich ausserdem ein Decubitus ein, der trotz sorgfältiger Behandlung weiter um sich griff, und mehrere processus spinosi frei legte. Aus der Bauchwunde entleerte sich

Eiter mit blutigem Serum vermischt und auch auf den Trochanteren stellte sich Decubitus ein. Gleichwohl besserte sich der Zustand der Patientin derart, dass sie geheilt entlassen werden konnte.

Endlich war ein Fall, 89, während seiner Heilung durch einen Bronchialkatarrh compliciert, der bereits zu Trachealrasseln führte; Temperatur und Pulsfrequenz waren ebenfalls erhöht, doch gelang es unter Anwendung von Exitantien die drohende Gefahr abzuwenden.

Was die Ausführung der Operationen anlangt, so war dieselbe in den meisten Fällen eine leichte. In 22 Fällen allerdings bestanden ausgedehnte Verwachsungen, welche die Operation erschwerten und in 4 Fällen nur eine teilweise Exstirpation der Geschwulst resp. Ausschälung aus dem umgebenden Peritonealsack zuliessen. In den übrigen 78 Fällen gelang die Operation leicht, wenn auch in vielen derselben (33) Verwachsungen mit der vorderen Bauchwand oder benachbarten Organen bestanden. Nur einmal wurde die Operation durch eine Chloroform-Asphyxie unterbrochen, die aber schnell vorüberging. —

Der Sitz der Geschwulst war von 90 Fällen (in 10 Fällen ist der Ausgangspunkt des Tumors aus der Krankengeschichte nicht ersichtlich) 43 mal das rechte Parametrium, 47 mal das linke Parametrium, und zwar handelte es sich in 90 Fällen um Ovarialcysten im eigentlichen Sinne, in 6 Fällen um Dermoidcysten (darunter einmal doppelseitig), 2 mal um Hydrops folliculi, 2 mal um Parovarialcysten. In 4 Fällen wurde die Ovariotomie ausgeführt bei bestehender Schwanger-

schaft, in keinem der Fälle wurde die Schwangerschaft durch die Operation unterbrochen; 1 mal war bei bestehender Geschwulst 6 Monate vor der Operation ein Abort im 2 Monat erfolgt, der möglicherweise als Folge der daneben bestehenden und wachsenden Geschwulst angesehen werden darf. Beide Thatsachen sprechen dafür, dass, statt eine Contraindication zu bilden, das gleichzeitige Bestehen von Schwangerschaft und Ovarialcyste eine Indication zur Ovariotomie werden kann.

Das Alter der Operirten betreffend war die jüngste im 14. Lebensjahre; ausser dieser waren noch 6 andere unter 20 Jahren; 25 waren im Alter von 20—30 Jahren; 27 im Alter von 30—40 Jahren; 24 im Alter von 40—50 Jahren; 12 im Alter von 50—60 Jahren und 5 im Alter von 60—70 Jahren.

Die Anfänge ihres Leidens bestanden nach den Angaben der Patientinnen in 30 Fallen seit weniger als 1 Jahr; in 27 Fällen seit 1 Jahr; in 14 Fällen seit 2 Jahren; in 5 Fällen seit 3 Jahren; in 5 Fällen seit 4 Jahren und in 11 Fällen seit mehr als 4 Jahren; in den übrigen 8 Fällen fehlen teils Angaben, teils sind sie zwischen den angegebenen Zeiträumen gelegen.

Zum Schlusse sei es mir noch gestattet, das besondere Interesse auf 3 Fälle zu lenken, die dasselbe wegen ihres anatom. pathol. Befundes des exstirpirten Tumors im hohen Masse verdienen. Der erste ist der sub 2 beschriebene. Bei demselben ergab die pathol. anatom. Untersuchung der Cyste eine Tuberculosis ovarii. Der Fall ist von Herrn Prof. Baumgarten im Archiv für pathol. Anatomie Bd. XCVII Heft 1 ausführlich

mitgetheilt und erläutert und schliesst sich derselbe an die wenig (8—10) sicher beobachteten Fälle von Ovarialtuberculose. Ausserdem aber ist der Fall insofern bemerkenswert, als, obgleich ein Teil der miterkrankten Tube bei der Operation im abdomen zurückblieb, ferner das Bauchfell an vielen Stellen mit kleinen gelblichweissen Knötchen besetzt und in toto etwas stärker als normal gerötet und getrübt gesehen wurde, und man also eine Tuberculosis peritonei anzunehmen alle Berechtigung hat, der Fall nicht nur rasch und gut zur Heilung kam, sondern die Patienten auch $^1/_2$ Jahr später blühend aussah, ungehindert die Schule besuchen konnte und regelmässig menstruirte. — Im II. Fall. 14. handelt es sich um eine doppelseitige Dermoidcyste mit Neubildung centraler Nervensubstanz. Die Wand der Geschwülste bestand aus Bindegewebe mit geschichtetem Plattenepithel während an einer Stelle sämmtliche Schichten der cutis vorhanden waren. — Ausserdem aber befand sich an einer Stelle der Wand eine dünne Schicht centraler Nervensubstanz mit Ganglienzellen, Nervenfasern, Neuroglia und von Pia ähnlichem Gewebe bedeckt. — Der III. Fall, 47, betrifft einen l. Hydros folliculi Grafii, dessen Epithelbelag auf der inneren Seite nicht mehr nachweisbar ist, während in dem Cysteninhalt ausser teils runden, teils eckigen Zellen auch zahlreiche charakteristisch gebildete Ovula vorhanden waren, die nur durch geringere Grösse von den normalen sich unterschieden.

Thesen.

1) Die Behandlung der fractura patellae mittels Knochennaht ist die beste.

2) Die Kaltwasserbehandlung bei Typhus abdominalis ist jeder anderen antifebrilen Behandlungsweise vorzuziehen.

Vita.

Ich Bernhard Dobczynski, wurde am 17. October 1861 zu Tolkemit geboren. Meine Schulbildung erhielt ich auf dem Gymnasium zu Braunsberg und Neustadt Westpr., von dem letzteren wurde ich am 29. September 1883 mit dem Zeugnis der Reife entlassen. Von da ab studierte ich auf der Kgl. Albertusuniversität zu Königsberg Medicin. Am 18. Juli 1885 bestand ich das Tentamen physicum, beendete im Prüfungsjahre 1888/89 am 22. Februar das Staatsexamen und legte am 1. Mai 1889 das Examen rigorosum ab.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen resp. Kliniken und Curse folgender Herren Professoren und Docenten.

Baumgarten, Berthold, Caspary †, Chun, Dohrn, Falkenheim, Grünhagen, Hermann, Jacobson, Jaffe, Lossen, Merkel, Meschede, Mikulicz, Minkowski, Naunyn, Neumann, Pape, Petruschky †, Ritthausen, Samuel, Schneider, Schönborn, Schreiber, Vossius.

Allen genannten Herren spreche ich an dieser Stelle meinen besten Dank aus.